This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY,
19 BOYLSTON PLACE.

4 Vols = 12 fr

Dr. Wigglesworth

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS.

1re ANNÉE. — 1er VOLUME.

PARIS. TYP. LACHAMPE ET COMP., RUE DAMIETTE, 2.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

PAR ALPHÉE CAZENAVE,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

Periculosum est credere et non credere.

Ire ANNÉE. — Ier VOLUME.

PARIS,

CHEZ LABÉ, LIBRAIRE, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 4.

1844.

BOSTON MEDICAL
JUN10 1897
LIBRARY

1680

CATALOGUED
JUN 5 1897
E. H. B.

1re ANNEE. ——— 1er VOLUME. — N° 1. ——— AOUT — 1843.

BIBLIOTECA NACIONAL DES JUNIO 1897 BIBLIOTECA

ANNALES DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS.

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

AVANT-PROPOS.

Les maladies de la peau, après être restées longtemps, pour ainsi dire, le domaine exclusif de quelques médecins, ont attiré peu à peu l'attention d'un plus grand nombre, et aujourd'hui le goût de leur étude est généralement répandu : grace aux travaux de nos devanciers, grace surtout au double enseignement d'Alibert et de Biett, nous avons vu successivement se dissiper l'obscurité qui les entourait. Aujourd'hui personne ne recule plus, effrayé par leur masque si bizarre, si varié; aux yeux de personne, elles ne représentent plus maintenant un tout informe, inutile, ou trop difficile à étudier. Le chaos est débrouillé. La plupart des luttes ont cessé ; et à part quelques efforts malheureux, qui ne tendraient à rien moins qu'à nous faire reculer de quarante ans peut-être, presque tout le monde est d'accord ; tous ont adopté le même langage, tous suivent la même méthode. La science a évidemment fait un pas... Le diagnostic des maladies de la peau est établi. Pour arriver à ce résultat, à présent incontestable, il a fallu isoler ces maladies, les étudier à part, les spécialiser en un mot. Puis il a fallu les grouper par genres, les décrire dans leurs espèces, les suivre dans leurs variétés..... Il a fallu signaler le moindre caractère de chacune d'elles; étude préliminaire, qui aujourd'hui encore est indispensable pour arriver à connaître leur nature, leur traitement, comme elle l'était autrefois pour les faire sortir du chaos, pour établir leur diagnostic. Sous ce dernier point de vue, la science est familière à tous : encore un pas, et la *spécialité* aura atteint son but, ou plutôt ce qui reste à faire à la *spécialité*, c'est

de se mettre à la tête des travaux qui doivent tendre à faire rentrer les maladies de la peau sous les lois communes de la pathologie générale ; c'est par le même procédé, mais en suivant une marche inverse, de prendre encore une fois ces affections une à une, pour en étudier, si je puis dire ainsi, la physiologie pathologique ; c'est d'appeler tous les médecins à cette œuvre difficile ; c'est de les guider dans cette voie nouvelle.

1° En mettant sans cesse sous leurs yeux des faits complets et bien observés ;

2° En réunissant de temps en temps ces faits, pour découvrir, s'il est possible, quelques traits qui éclairent la nature des maladies cutanées ;

3° En faisant assister les médecins aux essais d'une thérapeutique raisonnée, en leur en faisant passer sous les yeux les résultats.

C'est là un des buts de cette publication.

D'un autre côté, la syphilis, toute vieille qu'elle est, malgré les querelles scientifiques qu'elle a fait naître, malgré les orages qu'elle a suscités dans le monde médical, depuis qu'elle est venue y occuper si bruyamment, à la fin du quinzième siècle, la place qu'elle tenait depuis si longtemps inaperçue ; la syphilis, dis-je, est encore aujourd'hui, aux yeux de tous, une maladie dont l'étude, dont l'appréciation est pleine de doute, d'incertitudes, de controverses ; les opinions les plus opposées sont encore aujourd'hui présentées, défendues avec la même chaleur, et, il faut le croire, avec la même conviction. Cependant l'erreur est nécessairement quelque part, et, dans ce cas, de quelle gravité n'est pas l'erreur ! Chacun soutient de son côté ce qu'il croit être le vrai ; mais le plus souvent la défense n'est pas représentée avec des armes égales à celles de l'attaque ; les pièces du procès sont rarement complètes..... Préoccupé de faire prévaloir sa doctrine, chacun s'attache bien plus à faire ressortir les arguments sur lesquels il l'appuie qu'à mettre complètement en évidence ceux qui pourraient la compromettre. Pour moi, croyant à l'unité du virus,..... à l'expression multiple de la syphilis, primitive ou secondaire,..... à l'efficacité du mercure ;..... persuadé qu'un grand nombre de points, dans l'étude de la maladie syphilitique, sont susceptibles de développements nouveaux, et méritent de fixer l'attention des médecins d'une manière spéciale ; j'ai pensé qu'il était utile d'élever une tribune destinée :

1° A appuyer et à infirmer au besoin, toujours à l'aide des faits, des opinions que je crois vraies, et dont, dans tous les cas, l'adoption ou le rejet me semble avoir une grande importance ;

2° A faire passer incessamment sous les yeux des médecins, des observations aussi complètes que possible, destinées à fournir la part de lumières que je puis apporter à la solution des nombreuses questions en litige ;

3° A tenir un compte public des divers modes de traitements employés, à faire connaître les résultats quotidiens de cette thérapeutique spéciale.

C'est là l'autre but de cette publication.

Ainsi les *Annales* se proposent :

1° De répandre plus généralement l'étude des maladies de la peau, de fournir des documents propres à dévoiler leur nature, à fonder rationnellement leur thérapeutique ;

2° D'éclairer les questions si complexes que soulève l'étude de la syphilis. Ses moyens seront : l'examen sérieux des travaux anciens et modernes ; la publication de faits cliniques, et d'observations fournies par la pratique particulière ; la discussion approfondie des données théoriques et pratiques qui résulteraient de la réunion, de l'examen, de la comparaison de ces faits ; enfin la revue critique de ce qui peut concourir à ce double but dans les autres publications.

Par conséquent, je ne viens pas offrir aux médecins un journal dont l'existence serait illimitée ; c'est une publication qui ne doit durer que le temps d'atteindre son but, ou au moins d'amasser tous les matériaux qu'elle devra fournir. Au bout de six ou huit ans, époque la plus reculée de son existence, elle devra former un recueil où, à défaut de solution complète, les médecins trouveront au moins des faits, des documents précieux, propres à les aider à résoudre les problèmes si difficiles qui se présentent dans la double voie que je me suis tracée.

Dans ce travail, tout de conscience, les questions de personnes ne trouveront jamais place ; les *Annales* sauront conserver toujours le caractère sérieux qui convient à la tâche que je me suis imposée, et le calme et la dignité nécessaires à la recherche de la vérité.

Je me propose de donner à cette publication tous mes soins ; aussi, tout en accueillant les travaux qui peuvent servir à l'accomplissement de cette œuvre, mon intention est-elle de m'en charger exclusivement, comme aussi d'en accepter toute la responsabilité (1). Toutefois, pour les matières de syphilis, dont je me propose surtout d'aborder les questions générales, j'ai appelé la collaboration de M. Castelnau, interne distingué des hôpitaux, déjà honorablement connu par des travaux importants sur ce sujet. J'ai été conduit à rechercher cette collaboration d'un jeune médecin avec lequel je n'avais eu jusqu'ici aucuns rapports, non seulement par la conformité complète qui existe entre nos opinions, mais encore parce que M. Castelnau reconnaît tout haut l'autorité des faits, et que ses travaux sont empreints du cachet de l'observation.

Je serai très heureux si, dans quelques années, quand mon cadre sera complet, j'ai pu contribuer à répandre ou à faire progresser l'étude de maladies si variées et si pénibles, et à apporter ma part de lumière pour éclairer des questions dont la solution intéresse à un si haut point la société tout entière.

ALPH. CAZENAVE.

(1) Les articles qui me seront étrangers seront seuls signés.

Quelques considérations sur le siège anatomique des maladies de la peau. Des indications que la connaissance de ce siège peut fournir sur la nature de ces affections, et sur le traitement qui leur convient.

(1er Article.)

On a compris depuis longtemps qu'avec l'observation et la comparaison des faits, un des moyens qui pouvaient éclairer plus directement la nature intime des maladies de la peau, c'était la connaissance de leur siège anatomique. Aussi depuis Malpighi, dont les travaux sont les premiers que l'on puisse citer en fait d'anatomie cutanée, si les anatomistes et les physiologistes ont attaché une grande importance à l'étude de la structure de la peau, les médecins qui se sont occupés spécialement des maladies cutanées ont souvent regretté le peu de progrès que faisait cette partie de la science. C'est surtout dans ces derniers temps que l'on a parfaitement compris que, pour arriver à une appréciation exacte de la nature des maladies, des altérations pathologiques de la peau, il fallait nécessairement avoir des données non moins positives sur sa structure intime. Les faits étaient là d'ailleurs pour confirmer ces opinions, et l'histoire de la pathologie cutanée témoigne à chaque pas de l'influence qu'ont eue sur l'étude des maladies de la peau les opinions admises sur sa structure.

Malgré les nombreuses recherches anatomiques dont elle a été l'objet, malgré les théories diverses que ces recherches ont fait naître, longtemps divisée en plusieurs couches, la peau a été considérée comme un organe unique, comme une membrane composée de plusieurs feuillets superposés : et tout à l'heure encore, malgré les travaux successifs de Dutrochet, d'Eichorn, de Blainville, de Weber, etc., on vivait complètement, si je puis m'exprimer ainsi, sur l'anatomie de Gauthier. Alors la peau était pour tout le monde une membrane d'enveloppe, composée du derme et de l'épiderme, séparés par un corps muqueux, constitué lui-même par quatre couches, les *bourgeons sanguins*, *deux albides*, une profonde et une superficielle, séparée par les *gemmules*. C'était, je le répète, une membrane d'enveloppe, susceptible de maladies d'un même genre et d'une nature identique, mais affectant des formes diverses. Excepté quelques affections tout à fait spéciales, toutes ces formes morbides appartenaient à une seule et même famille, aux *dartres*, et cela était la conséquence logique du principe faux qui faisait de la peau un seul et même organe.

Cependant des travaux anciens déjà, mais qui avaient été oubliés, ou dont les résultats avaient été contestés, furent repris avec soin dans ces derniers temps. La peau fut examinée de nouveau, mais plus attentivement et à l'aide de procédés plus exacts. Sa structure, soumise à une investigation plus minutieuse, ne tarda pas à laisser entrevoir d'abord, puis constater bientôt, une organisation tout autre que celle que l'on avait acceptée sans contrôle des devanciers : le regard de l'anatomiste put pénétrer ce qui était resté un mystère, et voir enfin la peau sous un aspect aussi neuf qu'intéressant.

Il résulte de ces progrès si remarquables, et qui ont une si grande valeur au point de vue de la pathologie cutanée, progrès que l'on doit surtout à MM. Breschet et Roussel de Vauzeme (1), que la peau n'est pas une membrane composée de feuillets plus ou moins nombreux, mais que c'est une réunion d'organes, d'appareils, à fonctions distinctes, venant aboutir au dehors à une enveloppe épidermique; maintenus entr'eux par un tissu dense, résistant, plus ou moins rougeâtre, tissu parcouru par des nerfs, par des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, tissu analogue au tissu cellulaire, au tissu fibreux, et qui représente le derme.

La peau est une enveloppe complexe, dans l'épaisseur de laquelle on trouve : 1° un appareil nerveux distinct, qui constitue le *corps papillaire;* appareil protégé par une enveloppe épidermique, qui em-

(1) Breschet et Roussel de Vauzeme : *Recherches anatomiques et physiologiques* sur les appareils tégumentaires des animaux (*Annales d'hist. naturelle*, tome II, 1834. — *Nouvelles recherches anatomiques sur la structure de la peau*, Paris, 1835, in-8., fig.

boîte exactement chaque papille en forme d'étui ; 2° un *appareil sudoripare*, dont l'existence a été souvent mise en question, admise sans démonstration par les anatomistes anciens ; niée par les modernes ; étudiée de nouveau par Eichorn de Gœttingue, et enfin démontrée, bien qu'avec des caractères un peu différents, par MM. Breschet et Roussel. Cet appareil consiste dans de petites glandes sécrétoires, existant dans la profondeur du derme ; de ces petites glandes partent des canaux flexueux et spiroïdes, dont les orifices se terminent à la surface externe de la peau précisément entre deux papilles ; 3° un *appareil d'inhalation ;* 4° un *appareil blennogène*, composé de glandes situées sur la face profonde du derme, et de canaux presque droits, qui versent à la face superficielle le produit de leur sécrétion, c'est à dire un liquide mou, muqueux, entrevu par Malpighi qui lui donna le nom de *corpus reticulare*, dénomination qui fut une cause d'erreur pour les anatomistes qui le suivirent. Ce mucus forme une espèce de *magma*, qui réunit entre eux les divers appareils, fournit une couche qui recouvre les papilles, et vient au dehors, en se concrétant en lamelles, constituer l'épiderme ; 5° un *appareil chromatogène*, décrit par MM. Breschet et Roussel, appareil essentiellement sécréteur, renfermé dans l'épaisseur du derme, composé de petites glandes et de petits canaux qui déposent le pigment dans la couche muqueuse, avec laquelle il se mêle intimement.

Enfin la peau contient dans son épaisseur de petits organes, analogues aux follicules muqueux, répandus sur toute sa surface, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds, toujours plus nombreux là où il y a des poils, dans le voisinage des ouvertures naturelles, dans les plis de l'aine, de l'aisselle, etc.

Ainsi, pour résumer ce premier point, la peau est un composé d'organes bien distincts, d'appareils à fonctions bien séparées, le plus souvent tout à fait indépendants les uns des autres ; quelquefois, au contraire, plus ou moins intimement liés dans leurs fonctions physiologiques, comme cela a lieu pour la sécrétion de la matière épidermique et de la matière colorante, souvent confondus dans leurs altérations pathologiques, surtout dans les maladies aiguës. C'est à la réunion de ces divers appareils qu'elle doit d'être un organe complexe, organe tout à la fois de tact, d'absorption, de sécrétion, d'excrétion.

Si, maintenant, devant cette réunion d'organes et d'appareils distincts, on se rappelle que les nombreuses formes des maladies de la peau peuvent être ramenées, pour la plupart, à un certain nombre de lésions élémentaires, constantes, et toujours les mêmes pour les mêmes maladies, on est naturellement conduit à penser que chacun de ces organes, de ces appareils, peut, doit même, être sujet à des troubles ou à des altérations pathologiques comme spéciales, qui doivent nécessairement se traduire par des symptômes spéciaux, quant à la forme ; on est conduit à penser, en un mot, qu'une maladie de la peau, selon qu'elle affecte ou le corps papillaire, ou l'appareil sudoripare, ou l'appareil blennogène, se traduit par des symptômes différents ; qu'un élément morbide étant donné, son expression au dehors varie selon que la maladie siège ou dans l'extrémité des conduits sudoripares, ou dans les papilles, ou dans la couche épidermique.

Mais pour bien apprécier toute la portée de ce nouveau mode d'investigation dans la pathologie cutanée, il faut réfléchir un instant sur la diversité de fonctions de ces différents organes, de ces différents appareils. Or, cette étude physiologique peut seule jeter une vive lumière sur l'étiologie des maladies de la peau ; seule elle conduira nécessairement à la connaissance de leur nature, au choix d'un traitement rationnel. Ainsi, par exemple, il y a dans la peau un appareil spécial, destiné à nous mettre en rapport avec les corps extérieurs, appareil de tact, qui perçoit, qui transmet toutes les impressions du dehors, qui peut être mis en jeu par celles du dedans, etc. Eh bien ! s'il est vrai que l'on puisse établir que telle forme de l'éruption indique que la maladie de la peau a son siège dans cet appareil ; comme naturellement on doit retrouver ici les conditions de physiologie pathologique qui appartiennent à tous les nerfs de la vie animale, conditions de sympathie, de modification en plus ou en moins, de perversion dans la sensibilité, etc., ne sera-t-il pas logique d'aller chercher la cause de cette maladie de la peau parmi celles que l'on sait pouvoir influencer le système nerveux ? Ne sera-t-il pas logique de penser que les moyens rationnels de traitement peu-

vent bien se trouver parmi ceux dont l'expérience a fait constater les bons effets contre les affections nerveuses en général? Or, comme je le dirai bientôt plus en détail, c'est ce que déjà l'observation pathologique a démontré en partie.

Il y a dans la peau certains appareils de sécrétion et d'excrétion, appareils qui par leurs fonctions doivent nécessairement avoir beaucoup d'analogie ou même de sympathie avec d'autres appareils sécréteurs plus profondément situés; d'après les conditions physiologiques qui les régissent, on comprend avec quelle facilité ils doivent éprouver une influence morbide non seulement du dehors, mais encore des troubles intérieurs, dont ils peuvent si facilement subir le retentissement; sans parler ici des troubles généraux, ou au moins plus profonds, dont ils peuvent devenir la cause à leur tour, au milieu de leurs diverses altérations. Or, une maladie de la peau étant donnée, si cette fois encore la forme de l'éruption trahit positivement qu'elle a son siège dans un de ces appareils, est-il donc si difficile de croire que par le fait même de la connaissance de ce siège et à l'aide des réflexions dont je ne soulève ici qu'une partie et d'une manière générale, est-il donc si difficile de croire que désormais nous ne marcherons plus en aveugles à l'investigation de la cause, à l'appréciation de la nature, au choix du traitement de la maladie, et que nous serons à même de comprendre toute la gravité des questions tant de fois agitées sous les noms de répercussion, de métastases, de maladies qu'il est dangereux de guérir, etc.?

D'un autre côté, il y a dans la peau des appareils de sécrétion dont le but semble ne pas devoir dépasser l'enveloppe cutanée, qui semblent n'avoir aucun lien sympathique avec les appareils sécréteurs plus profonds, qui, destinés à fournir un produit inorganique, sont peu susceptibles des influences du dedans et du dehors, etc. Si, par la forme appréciant son siège, le médecin reconnaît dans une maladie de la peau que c'est un de ces appareils qui est affecté, ne sera-t-il pas conduit à ne pas chercher dans des conditions extérieures et accidentelles la raison d'une éruption qu'il est dès lors amené à regarder comme constitutionnelle? Puis scrutant la nature de la maladie, ne comprendra-t-il pas pourquoi cette éruption est si opiniâtre, si facile à récidiver, et enfin qu'il ne peut encore l'attaquer que par des moyens empiriques?

De ces considérations générales je conclus que, dans la pathologie cutanée, le point le plus important de tous, la première opération de l'esprit, opération indispensable, est l'étude graphique des maladies de la peau, étude qui conduit au diagnostic de la forme, et par suite de la *lésion élémentaire*; — que le diagnostic de la lésion élémentaire conduit à la connaissance du *siège* même de l'affection; — que la connaissance du siège peut conduire à la démonstration de la *cause*, à l'appréciation de la *nature*, et au choix rationnel du *traitement*.

Sans doute nos progrès dans l'étude de ces maladies si importantes ne sont pas encore tels aujourd'hui, que ces considérations générales puissent être érigées immédiatement en propositions bien démontrées, bien établies; sans doute, pour la plupart, ce ne sont encore que des aperçus fournis par des observations assurément vraies, mais peu nombreuses, et surtout appuyées sur des bases encore très légères.

Cependant cet exposé, en partie théorique, s'appuie sur des données qui découlent de la comparaison des résultats obtenus par l'observation avec ceux qui nous sont fournis par l'anatomie; et ces résultats sont assez importants, d'ailleurs, pour m'avoir convaincu que c'est en suivant cette voie nouvelle que nous arriverons à éclairer de plus en plus la pathologie cutanée, et pour qu'il me soit permis dès à présent d'entrer dans quelques considérations plus détaillées et plus spéciales.

DE L'OBSERVATION ET DE L'INTERPRÉTATION DES FAITS EN SYPHILOGRAPHIE.

CHAP. I^er^. — De l'observation des Faits en Syphilographie.

Parmi les causes des dissidences qui existent entre les savants et les médecins en particulier, l'inexactitude des faits observés tient le premier rang : il n'appartient qu'à des hommes légers d'avoir pu nier une aussi éclatante vérité, et encore est-il juste de dire que ceux-là même qui l'ont niée en principe, ne se sont pas fait faute de s'en prévaloir au besoin, et n'ont pas manqué d'accuser d'erreur les faits avancés par ceux

qui ne partageaient pas leurs opinions. La conséquence naturelle de cette vérité, c'est que l'observation n'est pas chose aussi facile qu'on le croit trop généralement, et qu'elle exige, pour être pratiquée avec fruit, beaucoup de temps, d'attention et de sagacité. Celui-là s'abuse donc singulièrement qui, de notre temps, espère jouir de quelque autorité scientifique, s'il n'appuie pas ses opinions sur des observations exactes et multipliées. Dans l'école à laquelle j'appartenais avant de la connaître, cette vérité constitue le premier article de foi du catéchisme médical ; c'est dire que j'en ai senti toute l'importance, et que si je n'ai pas toujours réussi à m'y conformer, je me suis du moins toujours efforcé de le faire.

Comme il est dans la nature de l'esprit humain de tomber d'un excès dans un excès contraire, il s'est trouvé des hommes qui, à l'opposé de ceux dont j'ai parlé plus haut, ont supposé qu'il y avait tant d'obstacles à vaincre pour arriver à une observation exacte, incontestable, que si leur opinion était vraie, il faudrait pour jamais renoncer à l'espoir de démontrer une vérité scientifique quelconque ; mais, comme les médecins précédents, ces derniers n'ont trouvé d'incertitude que dans les faits de leurs adversaires, considérant les leurs comme à l'abri de toute objection. Cette première inconséquence pourrait déjà faire soupçonner qu'ils ont été conduits à leur opinion, plutôt par des considérations ou des intérêts systématiques que par la méditation sérieuse et impartiale des faits. Toutefois, quel que soit le mobile qui les a dirigés, il importe, avant de s'engager dans la carrière laborieuse qu'exige le métier d'observateur, de s'assurer de la valeur d'une pareille opinion, afin de ne pas s'exposer à entreprendre en pure perte des travaux qui coûteraient tant de peines. C'est donc par là que j'ai cru devoir commencer ma collaboration à la publication importante que vient d'entreprendre M. Cazenave, publication à laquelle il a bien voulu me faire l'honneur de m'associer. Je me bornerai, bien entendu, à aborder la question dans ses rapports avec la spécialité dont je dois m'occuper, spécialité dans laquelle, du reste, cette question offre un intérêt tout particulier.

C'est en effet dans la syphilis que l'on a proclamé d'une manière presque absolue l'impossibilité d'obtenir des malades des renseignements véridiques, l'impossibilité pour le médecin de constater certains faits, soit parce que ces faits sont physiquement *inobservables* ou à peu près, soit parce que le médecin ne leur donne jamais une attention suffisante. L'infidélité des renseignements fournis par les malades d'un côté, les difficultés de l'observation et le défaut d'attention du médecin de l'autre, telles sont donc les deux causes d'erreur dont il s'agit d'apprécier le véritable degré d'influence.

1° Causes d'erreur provenant des renseignements fournis par les malades.

Les renseignements fournis par les malades peuvent être infidèles pour deux raisons : — parce qu'ils cherchent à tromper ; — parce qu'ils se trompent eux-mêmes.

A. — De toutes les maladies, la syphilis est sans contredit celle dans laquelle les médecins sont le plus exposés à être trompés par les malades, et la raison en est facile à deviner. Cependant cette cause d'erreur a été singulièrement exagérée et merveilleusement exploitée.

D'abord il est impossible d'admettre, à moins de cas très exceptionnels, que des malades cherchent à tromper pour le plaisir de tromper ; il est beaucoup plus rationnel et plus vrai de croire qu'ils ne déguisent la vérité que lorsqu'ils y ont ou pensent y avoir un intérêt. Or les cas de cette nature sont encore en nombre assez limité : ils n'ont lieu que lorsque des malades s'accusent mutuellement d'avoir été infectés l'un par l'autre, ou bien lorsque la crainte, la pudeur ou l'amour-propre, les empêchent de faire des aveux sur la manière dont ils ont contracté leur maladie. C'est ainsi qu'on ne devra accepter qu'avec une extrême circonspection les assertions d'une nourrice qui affirmera avoir gagné la syphilis de son nourrisson *et vice versâ*, ou bien encore, celles d'un malade qui soutiendra avoir contracté sa maladie sans s'être livré au coït ou à d'autres actes luxurieux. Mais est-ce à dire, parce qu'un malade a intérêt à altérer la vérité, que les renseignements qu'il fournit doivent toujours être considérés comme de nulle valeur ? je ne le pense pas, et en voici la raison : souvent les malades sont obligés de joindre à leurs affirmations la description d'une série de phénomènes pathologiques qui deviennent un moyen de contrôle, et permettent quelquefois de s'assurer si leur récit est faux ou véridique ; voici un exemple dans lequel cette circon-

stance s'est présentée (1) : une grand'mère prit en sevrage son petit-fils qui était chétif, qui avait une éruption de boutons sur tout le corps, et des excoriations à la bouche ; il mourut au bout de quelques semaines, et deux mois après sa mort la grand'mère, ainsi que sa fille (tante de l'enfant), fut affectée d'une syphilide squammeuse.

Bien que dans cette circonstance on n'ait eu d'autre garantie sur les antécédents que le témoignage des deux malades, il ne me paraît guère possible d'élever des doutes fondés sur leur exactitude, attendu qu'il y a ici, outre les assertions des malades, la narration d'une série de phénomènes morbides qui se sont acccomplis suivant un ordre naturel ; et comme les malades ne pouvaient avoir connaissance de la manière dont il aurait fallu arranger les évènements pour leur donner de la vraisemblance, il faut bien admettre que leurs assertions étaient l'expression de la vérité. Quelquefois il y a encore une autre raison pour croire à la fidélité des renseignements qui nous viennent des malades, et cette raison existe dans le cas dont il est ici question : c'est qu'on serait très embarrassé pour comprendre les faits si l'on supposait faux le récit des malades, et qu'on ne pourrait lui subtituer que des explications plus ou moins improbables. La seule que l'on puisse présenter dans le cas actuel, serait celle où l'on admettrait une infection primitive chez la tante de l'enfant (la grand'mère étant âgée d'environ 70 ans, il n'est guère possible de lui attribuer la première infection primitive) ; pour que cette supposition fût vraie, il faudrait que la jeune fille eût infecté l'enfant ; que celui-ci eût communiqué des symptômes primitifs à sa grand'mère, sans qu'elle s'en fût aperçûe (ce qui est d'autant plus difficile à croire que ces symptômes auraient dû se manifester sur des parties assez en évidence, telles que la bouche ou quelque autre partie de la face ou des mains) ; que l'enfant eût été assez promptement affecté par le virus pour qu'il eût succombé en moins de deux mois, et cela pendant que la grand'mère et sa fille se portaient encore très bien ; qu'enfin ces deux femmes d'un âge si opposé eussent été atteintes en même temps de symptômes constitutionnels, quoique l'époque de l'infection primitive dût être, dans l'hypothèse, nécessairement assez différente chez les deux. On voit combien de semblables explications seraient improbables, et combien il est plus naturel de croire au récit des malades, surtout quand on sait que ce récit est conforme à ce que beaucoup de médecins ont observé dans des cas où ils ont pu suivre pas à pas le développement de chaque phénomène.

Au reste tout en accordant que les faits qui n'ont d'autre garantie que la seule moralité des malades doivent être souvent suspectés, je suis loin de croire qu'on doive les rejeter sans exception. Dans les circonstances les plus graves de la vie, dans celles où l'on a le plus grand besoin d'une certitude complète et évidente, nous voyons cette certitude surgir de témoignages qui n'ont d'autre garantie que la moralité des témoins : pourquoi n'arriverait-on pas de même à une certitude scientifique? Quant à moi, je ne doute nullement que la chose ne soit possible, et il est telles personnes dont le témoignage ne laisserait pas plus de doute dans mon esprit que n'en laisserait une démonstration mathématique. Car pour moi, il est des moralités qu'il n'est pas permis de suspecter, et que les traits les plus empoisonnés de la satyre ne sauraient atteindre.

Quand Hourmann affirma qu'il ne pouvait avoir contracté la syphilis autrement qu'en remplissant ses devoirs de médecin, personne ne s'avisa de mettre en doute sa véracité, et si quelqu'un l'eût osé, il n'aurait provoqué chez toutes les personnes qui ont connu cet homme vertueux, d'autre sentiment que celui d'une juste et universelle indignation.

B. — Si quelques malades cherchent à tromper, il est souvent évident que d'autres ne peuvent même pas le vouloir. Quand un malade avoue (et l'immense majorité est dans ce cas) non seulement la manière dont il a contracté la syphilis, mais encore beaucoup de détails que la morale sociale condamne, il est évident qu'il ne peut pas vouloir déguiser la vérité ; mais alors, s'il ne cherche pas à tromper, il peut se tromper lui-même, et c'est ici que les écueils deviennent grands et nombreux pour arriver à la vérité. Voyons cependant s'il n'est pas possible de les éviter.

(1) Ce fait, qui m'a été communiqué par M. le docteur Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, se trouve consigné avec les détails suffisants dans mon second mémoire sur l'inoculation syphilitique que j'ai lu à l'Académie royale de médecine.

Et d'abord faisons remarquer que des écueils de même nature, quelquefois beaucoup plus grands encore, se rencontrent dans l'étude de toutes les maladies; que dans toutes, comme dans la syphilis, on est dans la nécessité, pour éclairer plusieurs points de leur histoire (en particulier ceux qui se rattachent aux causes, à l'époque du début, aux phénomènes initiaux), d'avoir recours aux souvenirs des malades, et que les résultats souvent concordants obtenus par divers observateurs prouvent la possibilité d'arriver ainsi à la vérité. Il est d'ailleurs des précautions, des moyens artificiels propres à fixer les souvenirs des malades; ces moyens et ces précautions doivent être connus de tous ceux qui se livrent sérieusement à l'observation, et je n'ai pas à m'en occuper ici (1). J'examinerai seulement la question de savoir si, dans l'étude de la syphilis, les obstacles sont exagérés au point que les principes qui doivent guider le médecin dans la voie difficile de l'observation, deviennent complètement insuffisants pour le garantir de l'erreur. Quelques exemples particuliers pris parmi les questions les plus controversées, faciliteront la solution de cette question.

Je suppose que l'on veuille rechercher s'il existe dans la syphilis une période d'incubation; que faudra-t-il pour résoudre ce problème? D'abord établir deux faits capitaux, savoir: l'époque précise à laquelle on s'est exposé à la contagion; celle à laquelle ont apparu les premiers symptômes. Est-il personne qui puisse croire que ce sont là des faits impossibles ou même difficiles à constater?... A la vérité, il sera encore utile d'avoir égard à quelques autres circonstances, telles que la fréquence habituelle des rapports sexuels qui pourrait faire attribuer à un coït ce qui appartient à un autre, l'existence d'une infection antérieure, quelque excès de régime ou autre qui, en apportant une perturbation dans l'économie, pourrait troubler l'ordre naturel des phénomènes; mais toutes ces conditions ne sont-elles pas également des plus faciles à remplir? Rien ne semble donc plus simple que de fixer les esprits par des observations exactes sur ce point de doctrine si controversé.

Supposons, en second lieu, que l'on veuille savoir si la blennorrhagie peut être suivie de symptômes syphilitiques constitutionnels, question bien plus controversée encore et aussi plus importante. Quelles sont les données nécessaires à sa solution? Elles consistent évidemment à s'assurer si, parmi les malades atteints de syphilis constitutionnelle, il y en a qui n'aient éprouvé d'autres symptômes antérieurs qu'une blennorrhagie. Est-il possible d'acquérir cette certitude d'après les témoignages des malades? Si l'on prend les précautions que j'ai indiquées, je réponds par l'affirmative. Cependant quelques médecins ont cru pouvoir soutenir le contraire, et ils ont cru trouver une preuve unique en faveur de leur opinion dans ce fait que beaucoup d'individus peuvent avoir été ou être actuellement affectés de chancres sans s'en douter aucunement. Or que prouve un fait semblable, sinon que lorsqu'on se livre à l'observation il ne faut pas s'écarter des règles rigoureuses que j'ai signalées, et qu'il faut savoir sacrifier les faits incertains pour ne tenir compte que de ceux qui offrent des garanties suffisantes? Nul doute qu'en vous bornant à demander à *tous les malades indistinctement* si à une époque plus ou moins éloignée ils ont eu des chancres, et en vous contentant d'une première réponse à cette question, il ne vous arrive souvent d'être induit en erreur, attendu que beaucoup de malades ne s'observent pas suffisamment pour être dans le cas de faire une réponse certaine et catégorique à ce sujet, ce qui cependant ne les empêche pas de répondre machinalement d'une manière quelconque. Mais en prenant le soin (et ce soin, aucun observateur attentif ne manque jamais de le prendre) de s'assurer préalablement de l'intelligence des malades, en leur demandant s'ils ont eu soin de s'observer attentivement chaque fois qu'ils se sont exposés à la contagion, on en trouvera encore un assez grand nombre sur les réponses desquels on pourra compter; et en ne raisonnant que d'après ceux-là, on ne risquera pas de s'égarer, et l'on arrivera nécessairement à des résultats vrais. A la vérité, toutes ces garanties ne suffisent pas encore aux yeux de certains médecins qui ne veulent pas admettre qu'un malade, quelle que soit son intelligence,

(1) On peut consulter à ce sujet plusieurs auteurs de pathologie générale, ou quelques traités de diagnostic, ou mieux encore le mémoire de M. Louis, intitulé: *De l'examen des malades et de la recherche des faits généraux*, inséré dans les *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. I. Paris, 1837.

quels que soient les soins qu'il prend de sa personne, puisse jamais être certain de ne pas avoir eu de chancre. Il y a évidemment une énorme exagération dans une pareille manière de voir; une exagération systématique. Car les mêmes hommes qui refusent *toujours* de croire au témoignage des malades quand ils affirment n'avoir pas eu de chancres, ne le révoquent *jamais* en doute dans le cas contraire. Il est bien certain cependant, et il ne faut pas une longue observation pour s'en convaincre, qu'il y a des malades qui croient avoir eu des chancres, et qui ont eu toute autre chose, quelquefois même rien du tout. Pour être, sinon logique, au moins conséquent, il faudrait croire les malades dans tous les cas, ou ne les croire dans aucun.

Voilà donc encore une question, et une des plus difficiles, à en juger par les discussions dont elle a été et dont elle est encore l'objet, sur laquelle des malades soigneux et intelligents, tels qu'il n'est pas rare d'en rencontrer dans la pratique civile, peuvent donner des renseignements suffisants. Je suis loin de vouloir dire cependant que toutes les questions qui peuvent se présenter en syphilographie puissent être ainsi résolues, je crois même qu'il y en a qui se trouvent dans un cas tout à fait contraire, mais heureusement celles-ci sont assez rares, et les exemples précédents suffisent pour montrer l'exagération d'une opinion qui ne veut rien admettre de positif dans les assertions des malades.

2° Causes d'erreur provenant de l'observateur.

Bien que je sois convaincu de l'utilité que l'on peut retirer des renseignements fournis par les malades, de la certitude à laquelle ils doivent conduire quand ils sont convenablement recueillis, des moyens de certitude plus directs, sinon plus positifs, peuvent être réunis par un concours de circonstances heureuses que la pratique rassemble quelquefois. Il arrive en effet de temps en temps que l'observateur peut prendre la maladie à son berceau et suivre pas à pas jusqu'à son degré ultime chacun de ses développements, assister à l'évolution complète de tous ses phénomènes. Dans ces cas les malades sont hors de cause, et le médecin seul est responsable des erreurs d'observation, s'il y en a. Aussi est-ce contre lui que l'on a été obligé de diriger l'accusation : celle-ci a eu d'abord une apparence de raison, due à l'absence de certains détails d'observation dont on n'avait pas senti toute l'importance. Mais peu à peu les faits sont devenus plus détaillés, plus précis, par conséquent plus probants. D'ailleurs une objection portant sur ce qu'on avait mal regardé, ne pouvait pas durer longtemps dans une maladie où les observations sont si faciles à multiplier; cette objection tombait nécessairement dès qu'on regardait mieux. Aussi fallut-il abandonner le système des dénégations pour se jeter dans celui des hypothèses. On a déjà vu la solidité de l'un, on jugera dans un instant la valeur de l'autre. Qu'on me permette seulement, avant d'aborder la seconde partie de ces considérations, de conclure de tout ce qui précède :

1° Que les malades, sauf des cas tout à fait exceptionnels, ne cherchent à tromper que lorsqu'ils y sont poussés par l'intérêt, la honte ou la crainte.

2° Que les cas dans lesquels ces circonstances se rencontrent sont assez rares, eu égard au nombre d'individus affectés de syphilis.

3° Que les malades qui se trouvent dans ces circonstances peuvent encore fournir des renseignemens dignes de foi, soit parce que leur témoignage est contrôlé par la narration conforme à l'ordre naturel d'une série de phénomènes pathologiques, soit parce qu'il n'est pas permis de suspecter leur moralité.

4° Qu'il y a des malades qui par leur intelligence et par le soin qu'ils prennent de leur personne, peuvent fournir des détails précis et suffisants sur leurs maladies actuelles et antécédentes.

5° Que le médecin peut quelquefois être témoin de tous les actes morbides qui constituent la maladie qu'il étudie, et recueillir alors des faits à l'abri de tout soupçon légitime d'inexactitude, pourvu qu'il consacre à l'observation un soin et un temps suffisants (1).

CHAP. II. — De l'interprétation des Faits en Syphilographie.

Si l'inexactitude des faits observés est une cause capitale de dissidences scienti-

(1) A ce sujet je ne saurais trop répéter ce que j'ai déjà eu occasion de dire dans ma lettre au professeur Trousseau ; c'est qu'il ne faut confier le soin d'observer les faits et de les recueillir qu'à des personnes sûres, éprouvées et capables, si, et cela vaudrait encore mieux, on ne peut les recueillir soi-même.

fiques, leur interprétation en est une autre qui ne le cède guère en importance à la première, qui peut-être la surpasse, et qui, dans tous les cas, est beaucoup plus difficile à détruire, attendu qu'elle a son origine dans l'imperfection même de l'entendement humain. On peut bien espérer que par une attention plus soutenue, par le progrès des méthodes d'observation, des faits mal observés seront mieux vus ultérieurement ; mais le moyen de ramener aux mêmes sentiments deux esprits dont l'un voit bleu ce que l'autre voit jaune? L'entreprendre serait tenter l'impossible. Mais si cette cause d'erreur est impossible à déraciner complètement, on peut au moins espérer d'en diminuer l'importance en rendant plus sensibles les rapports qui lient entre eux les divers phénomènes naturels, en rendant plus facile et plus sûre la voie dans laquelle la raison doit marcher pour aller à la recherche du vrai. Les traités de philosophie qui sont nés depuis Bacon et Descartes ont donné à ce sujet d'excellents préceptes trop peu médités, ou au moins trop tôt oubliés des médecins. C'est en les méditant que l'on apprend à connaître la valeur des faits, à se garantir des abus de l'induction, des excès de l'analogie, du danger des hypothèses, de tous les écarts enfin de l'imagination.

Les faits une fois bien constatés, il s'agit d'en extraire la vérité. Parmi ces faits il y en a qui ont des rapports si simples, si immédiats, si évidents, que ces rapports constituent ce qu'on pourrait appeler les axiômes des sciences d'observation. Les vérités qui, par leur simplicité ou par le progrès successif des lumières, ont acquis ce degré d'évidence, n'ont plus besoin d'être démontrées, et ce n'est que par un vice radical d'organisation qu'on peut les méconnaître : telle est l'influence des émanations marécageuses sur la production des fièvres intermittentes, telle est l'existence du virus vénérien. Vouloir démontrer longuement ces vérités aujourd'hui serait tout aussi superflu que de s'évertuer à prouver la pesanteur de l'air.

Mais à côté de ces faits qui parlent, pour ainsi dire, d'eux-mêmes, il s'en trouve d'autres plus nombreux qui ne peuvent se faire comprendre que lorsque le raisonnement leur a prêté un langage intelligible à tous les esprits; c'est dans l'étude de ces derniers qu'il est indispensable de procéder avec une méthode rigoureuse, si l'on ne veut pas s'exposer à tomber dans l'absurde, ou à se perdre dans le champ incertain du possible. Cette méthode consiste à ne jamais marcher sans les faits, à ne pas remplacer par des suppositions ceux qui manqueraient à l'appui d'un système, à ne pas étouffer des exceptions légitimes sous le despotisme des lois générales, à tenir compte de tout enfin, et lorsque, malgré l'observation de toutes ces règles, l'intelligence seule ne pourra découvrir directement les liens qui enchaînent les phénomènes, à appeler à son aide la puissance infaillible des nombres.

Je n'insisterai pas davantage sur ces considérations générales; et je vais aborder, sans plus tarder, quelques applications particulières qui en faciliteront l'intelligence.

La causalité de deux phénomènes peut se manifester sous des formes très différentes, qui en rendent l'appréciation plus ou moins difficile.

1° Une cause donnée peut déterminer *constamment* les mêmes effets; la céphalotomie, par exemple, entraîne constamment la mort. L'influence de ces causes, que l'on pourrait appeler *causes à effet constant*, est extrêmement facile à apprécier.

2° Le même effet peut être produit exclusivement par la même cause, sans que cependant celle-ci le produise nécessairement chaque fois qu'elle agit : la syphilis est toujours produite par l'absorption d'un virus particulier, et cependant l'absorption de ce virus ne produit pas toujours la syphilis. L'influence de cette cause, qui est une cause *non constante* mais *spécifique*, n'est pas plus difficile à apprécier que celle de la cause précédente.

3° Une cause peut ne pas toujours produire les mêmes effets, et d'un autre côté des effets semblables peuvent reconnaître deux ou plusieurs causes. Ainsi, le rhumatisme ne produit pas toujours des maladies du cœur, et toutes les maladies de cœur ne reconnaissent pas pour cause le rhumatisme. Dans ce troisième cas, l'influence des causes est d'une appréciation beaucoup plus difficile, et la difficulté augmente en raison de la multiplicité des causes et des effets; on comprend même que cette difficulté puisse, par des complications extrêmes, être portée à un degré qui touche aux bornes du possible.

Le cas le plus simple est celui où des

causes non constantes, qui peuvent produire des effets identiques, sont en très petit nombre. L'exclusion bien constatée des unes suffit alors pour démontrer l'efficacité des autres.

Ainsi, faisant abstraction de quelques symptômes primitifs rares et faciles à constater (végétations, tubercules, bubons), et des cas non moins rares d'absorption sans symptôme local préalable, on admet généralement que la syphilis constitutionnelle ne survient qu'à la suite d'un chancre ou d'une blennorrhagie. Constater l'absence de l'une de ces causes, c'est donc en même temps constater l'efficacité de l'autre. Toute la question se réduit à savoir si l'on peut s'assurer qu'un malade n'a pas eu de chancres, et nous avons déjà vu que la chose est assez souvent possible. A la vérité, Hernandez, ainsi que ses partisans, n'a pas admis cette proposition; il a avancé que lorsqu'il n'y avait pas de chancres apparents, il y en avait de cachés dans la profondeur des cavités, dans le canal de l'urèthre en particulier. Il est facile de voir que cette objection rentre dans le sophisme signalé plus haut, et qui consiste à combler par des suppositions le vide qui existe entre les faits positifs et une théorie. Or, ce sophisme ne tend à rien moins qu'à anéantir tous les faits passés, présents et futurs, à rendre impossible toute démonstration, à renfermer les bornes de la science dans le cercle étroit d'un système préconçu. N'espérez pas, en effet, trancher la difficulté en rendant possible l'exploration de l'urèthre; car lorsque ce canal deviendra accessible à la vue, on placera les chancres ailleurs, dans la vessie, dans le fond de l'utérus, dans le rectum; et Dieu seul peut savoir où l'on s'arrêtera, quand une fois on se sera engagé dans ces voies ténébreuses!

Ce qu'il y a d'étonnant dans cette hypothèse, ce n'est pas qu'elle ait pu être imaginée par un esprit prévenu (on sait ce que peuvent produire d'aberrations les préoccupations théoriques), mais c'est qu'elle ait pu séduire quelques esprits sérieux et désintéressés; on aurait dû voir qu'avec un pareil ergotisme, il n'y a pas d'absurdité, pas de monstruosité qu'on ne puisse soutenir avec avantage : qu'une imagination dépravée se mette dans la tête de soutenir que... le cancer, par exemple, ne reconnaît jamais d'autre cause immédiate que l'introduction dans nos tissus d'un insecte (1) microscopique, ou l'exposition aux rayons de la lune dans son plein, ou l'ingestion dans l'estomac d'un verre d'eau pendant qu'on est à jeun, ou telle autre circonstance plus bizarre encore; qui pourra démontrer qu'un cancéreux n'a jamais été soumis à aucune de ces influences!...

Je ne voudrais pas, cependant, mettre absolument sur la même ligne ces hypothèses et celle des chancres invisibles, puisque cette dernière trouve un certain appui dans ce fait bien avéré, que la vérole constitutionnelle est souvent la suite de chancres, tandis qu'il n'est pas démontré que le cancer ait jamais été produit par des influences lunaires. J'ai seulement voulu montrer l'analogie de ces deux hypothèses, analogie qui est complète sous le rapport de l'impossibilité qu'il y aurait à démontrer la fausseté de l'une comme de l'autre. On a même donné en faveur des chancres invisibles un autre argument que je suis loin de vouloir déguiser, puisqu'il me fournira l'occasion de discuter un point intéressant de philosophie médicale, celui qui a trait à la valeur des faits exceptionnels. Cet argument, sur lequel paraissent compter beaucoup les partisans de Hernandez, consiste dans la rareté supposée des syphilis secondaires, suite de blennorrhagie. On peut dire, sans vouloir diminuer en rien le mérite de ceux qui ont fait cet argument, qu'ils n'avaient probablement jamais réfléchi à sa véritable portée; ils ont parlé de faits exceptionnels sans faire aucune distinction et sans paraître se douter que certains faits exceptionnels sont beaucoup plus probants que d'autres qui sont très fréquents. Quand on veut raisonner avec quelque avantage sur les faits exceptionnels, il ne faut pas perdre de vue les considérations suivantes : — D'abord, il faut se rappeler ce principe, déjà vieux, mais toujours vrai, que des milliers de faits négatifs ne sauraient détruire un seul fait positif bien constaté. Seulement, quand une exception aussi immense vient à être observée, le doute se présente involontairement à l'esprit, et si le fait n'est pas facile à observer, s'il paraît contraire aux lois ordinaires qui régissent les faits du même ordre, si l'observateur n'offre pas toutes les garan-

(1) On sait que cette supposition a été gratuitement faite pour toutes les maladies de la peau.

ties désirables de bonne foi et de capacité, ce doute est bientôt remplacé par une incrédulité raisonnable ; mais si l'exception est constatée de nouveau, lorsque déjà on est prévenu contre toutes les difficultés de l'observation, si les observateurs qui la constatent sont nombreux et capables, alors, quelque rare qu'elle puisse être, elle n'en devient pas moins un fait démontré pour tout homme qui se nourrit de la commune raison.

Il faut se rappeler encore que certains faits sont nécessairement exceptionnels, soit par leur rareté absolue, soit parce que, bien que fréquents, ils se présentent rarement à l'observation directe ; exiger que ces faits ne soient pas exceptionnels, c'est demander l'impossible. Celui qui exigerait un grand nombre de faits pour acquérir la certitude que les plaies pénétrantes du cœur peuvent guérir, serait tout simplement un homme qui ne voudrait pas être convaincu ; il en serait de même de celui qui voudrait voir un grand nombre de fois, avant d'y croire, le frisson initial de la pneumonie, phénomène qui, malgré sa grande fréquence, se présente rarement à l'observation directe, par la raison que le médecin n'est appelé le plus souvent qu'à une époque où ce frisson a déjà disparu. Des raisons analogues font que les syphilis secondaires suite de blennorrhagie sont des faits exceptionnels ou communs, suivant qu'on se place à tel ou tel point de vue. Ainsi, quand on exige que le médecin ait suivi les malades depuis le début des accidents primitifs jusqu'au développement des accidents secondaires, on ne peut espérer réunir que des faits exceptionnels, parce qu'on sait bien qu'il est rare que le médecin se trouve dans les circonstances indiquées ; que si, au contraire, on veut se contenter des rapports des malades, même de ceux dont la mémoire et l'intelligence sont suffisantes, on obtient des faits beaucoup plus nombreux, comme on peut s'en convaincre en lisant les relevés statistiques de MM. Legendre, Martins et Cazenave. Et pour le dire en passant, le nombre considérable de faits rassemblés par ces auteurs n'est pas un faible argument en faveur de leur exactitude ; car à moins d'admettre que des malades nombreux, observés en des lieux, en des temps et par des observateurs différents, se soient donné le mot pour tromper, il est difficile de croire qu'ils se soient tous trompés eux-mêmes (1). On voit par tout ce qui précède que rien n'est plus vague que de parler à tout hasard de faits exceptionnels, et que, pour les apprécier convenablement, il faut tenir compte de leur authenticité, des circonstances qui les entourent, et voir s'il n'y a pas des raisons de leur *exceptionnalité* et *des lois dans l'exception*. L'ignorance ou l'oubli de ce dernier principe fait que l'on confond souvent les cas *rares* avec les cas *exceptionnels*, et a fait taxer d'exceptions des faits qui ne le sont pas le moins du monde. L'observation des distinctions suivantes empêchera de tomber dans une pareille confusion. Des faits rares et qui ne paraissent pas soumis aux lois générales qui régissent les faits du même ordre, sont des faits exceptionnels; ainsi les cas de pneumonie sans signes stéthoscopiques ou sans crachats rouillés sont des faits exceptionnels. Des faits rares, mais qui se produisent sous l'influence des mêmes causes et dont les divers phénomènes conservent toujours la plus grande similitude, demeurent des faits *rares ;* ce ne sont jamais des faits *exceptionnels ;* ce sont même des faits beaucoup plus faciles à généraliser que des faits beaucoup plus fréquents, mais qui ont moins d'homogénéité. Les cas de morve chez l'homme sont des faits rares, mais ce sont des faits faciles à généraliser, parce que tous se développent sous l'influence de la même cause, la contagion ; parce que tous sont semblables par leurs lésions anatomiques, leur marche, leur terminaison. — Les bubons d'emblée sont encore des faits rares, eu égard à la fréquence des autres symptômes syphiliti-

(1) A ce sujet je ne saurais m'empêcher de faire remarquer jusqu'à quel point des hommes sérieux peuvent s'écarter du droit chemin. Dans un journal on a opposé aux 150 cas de syphilis constitutionnelle (dont 60 étaient la suite de blennorrhagie) rassemblés par M. Cazenave (*Tr. des syphilides.* Paris, 1843.) 4692 cas d'accidents constitutionnels observés par M. Ricord, et qui *tous* ont été précédés de chancres avec ou sans blennorrhagie. Il est prodigieux que l'auteur de l'article ne se soit pas aperçu qu'il n'y avait aucune parité à établir entre des faits dans lesquels on a tenu compte *constamment* des renseignements fournis par les malades, et entre d'autres faits dans lesquels les malades n'ont été crus que lorsqu'ils parlaient dans le sens d'une doctrine considérée d'avance comme inébranlable, ou qui même étaient interprétés d'une manière favorable quand ils parlaient d'une manière contraire.

ques; mais on ne peut pas les considérer comme des faits exceptionnels, attendu qu'ils sont toujours ou presque toujours la suite d'un coït impur. Or, un phénomène qui (rare ou fréquent, peu importe) se produit constamment sous l'influence d'une même cause, est un phénomène parfaitement régulier, et doit, d'après la logique la plus sévère, être placé sous la dépendance de cette cause, ainsi que cela ressort de ce que j'ai dit plus haut. Comment concevoir maintenant que certains esprits puissent encore discuter sur la nature des bubons d'emblée? — C'est donc faire un mauvais raisonnement que d'arguer de la rareté des véroles constitutionnelles *blennorrhagiques* pour les nier, et cela parce qu'on s'appuie sur un fait qui est faux, mais qui, fût-il vrai, ne prouverait encore rien, ou qui plutôt prouverait le contraire de ce que l'on semble croire.

J'ai dit tout à l'heure que lorsqu'un même effet était supposé produit par un petit nombre de causes, il suffisait d'isoler chacune de ces causes pour arriver à une appréciation facile. Mais cet isolement n'est pas toujours possible; de là de nouvelles difficultés. Autrefois on croyait que l'ulcère vénérien ne guérissait pas sans mercure; on a isolé les causes qui produisent la cicatrisation de l'action du mercure, et un seul fait a suffi (eût-il même été unique, et par conséquent exceptionnel) pour montrer la fausseté de cette opinion. Qu'il s'agisse maintenant de savoir si la cicatrisation est plus prompte quand on emploie le mercure que lorsqu'on ne l'emploie pas; évidemment on ne pourra pas isoler les autres causes de la cicatrisation de l'action du mercure quand on employera celui-ci, et comme on ne saura pas quelles peuvent être ces causes, ce ne sera plus un seul fait qu'il faudra, mais deux longues séries de faits dans lesquelles on aura soin de noter l'étendue de l'ulcère, son aspect particulier, sa durée rigoureusement exacte, l'âge, le sexe et la constitution des sujets, etc., etc., afin de se mettre autant que possible à l'abri des causes d'erreur dépendant de ce qu'une influence aurait pu agir dans une série et ne pas agir dans l'autre; afin, en un mot, qu'il ne puisse y avoir d'autres différences dans les deux séries que celles dues au mercure. Un pareil travail est loin d'offrir des difficultés insurmontables; mais ce n'est pas avec des à peu près confiés à la mémoire qu'on peut y parvenir; il faut tout écrire, tout analyser, tout compter; c'est un travail long et pénible, aussi est-il encore à faire.

Voilà une des questions, et elle est bien loin d'être la seule, qu'on ne peut résoudre sans l'aide de la statistique. Combien d'autres non moins importantes attendent, pour sortir de l'état de problème où elles sommeillent depuis si longtemps, qu'un zèle scientifique aussi rare que le génie, et beaucoup plus utile, les soumette à de savantes et laborieuses investigations!

Tels sont les principes qui doivent, selon moi, guider le syphilographe dans l'interprétation des faits, lorsque ceux-ci ont été rigoureusement constatés; quoique ces principes ne soient guère susceptibles d'être formulés en conclusions succinctes, il ne me paraît pas bien difficile d'en faire l'application à chaque cas particulier, à mesure qu'il se présente. C'est en m'y conformant que j'essyaerai de résoudre dans les fascicules ultérieurs de ce répertoire différentes questions qui se rattachent à l'histoire de la syphilis, et j'ai cru devoir les exposer une fois pour toutes afin de n'avoir plus à y revenir à propos de chacune de ces questions.

H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU XVI^e^ SIÈCLE.

Th. Paracelse. — J. Fernel. — Fallope.

La syphilis est une maladie nouvelle, si l'on ne fait attention qu'à l'époque où elle prit rang nominativement parmi les affections humaines; et cependant elle a été l'objet d'un nombre incroyable d'écrits; elle est devenue l'occasion des doctrines les plus variées et les plus contradictoires, et l'on peut dire qu'il n'y a pas de maladie sur laquelle on ait plus diversement ni plus

longuement discuté. Il en est résulté nécessairement une confusion telle, qu'en étudiant tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière, il est presque impossible de suivre utilement l'histoire de la syphilis au milieu de cet amas d'ouvrages, qui ne font le plus souvent que se répéter les uns les autres.

Quelques compilateurs, frappés de l'importance de cette maladie, ont, comme A. Luisinus, entassé chronologiquement et sans choix tous les traités que le mal français avait fait naître pendant le siècle qui suivit la fameuse épidémie de 1492: d'autres, comme Gruner, ont essayé de présenter dans un cadre plus restreint les idées principales des syphilographes, triées avec une patience admirable dans les dissertations où elles étaient noyées; mais on ne trouve dans ces ouvrages, véritables archives de la syphilis, aucune pensée d'ordre ni de méthode; nul lien n'en coordonne les diverses parties; nulle appréciation des opinions citées ne guide l'esprit du lecteur, et on se fatigue inutilement à compulser ces recueils où sont enfouis cependant tant de trésors. Si maintenant on réfléchit à la nature du travail qui consisterait à parcourir tous ces traités, on comprendra de quelles difficultés doit être entourée l'étude sérieuse de la syphilis, et par quels obstacles peut être rebuté l'homme qui veut arriver à une appréciation vraiment historique de cette maladie. Pour éclairer autant que possible ce point obscur de la science syphilitique, et avant d'arriver à l'examen des doctrines et des ouvrages modernes, j'ai pensé qu'il pouvait être utile de jeter un coup d'œil en arrière, et, agrandissant le cercle de la bibliographie, de présenter dans autant de cadres distincts toutes les principales doctrines qui ont été émises et soutenues depuis le quinzième siècle, et d'y faire voir en relief les personnages les plus célèbres de ces diverses époques; on obtiendrait ainsi le double avantage de faciliter l'étude de la syphilis en épargnant des recherches fatigantes et inutiles, et de présenter dans un cadre aussi complet que possible l'histoire de cette importante maladie. Tels sont et le motif et le but de cette revue rétrospective: introduction nécessaire à la discussion des grands points de doctrine qui s'agitent aujourd'hui, et où je ferai passer sous les yeux du lecteur les transformations successives et perpétuelles de la maladie syphilitique, et les théories sans nombre qui se sont renversées tour à tour, qui se sont si souvent reproduites; revue dont le résumé sera peut-être qu'il n'y a rien de nouveau en matière de syphilis.

Les premiers auteurs qui aient écrit sur la maladie syphilitique datent de la fin du quinzième siècle; ils étaient contemporains de cette fameuse épidémie qui ravagea alors l'Europe. Quand on parcourt les écrits que fit naître l'apparition de ce que l'on appelait le *mal français*, on est surtout frappé du vague et de l'indécision qui règnent dans ces monographies. On y trouve d'abord empreint ce cachet de surnaturalisme qui dominait alors: ainsi, un grand nombre d'auteurs, Pinctor (1), Grunbeck (2), etc., se demandent à quelles conjonctions planétaires on doit l'apparition de ce fléau, et en prennent occasion de se livrer à des dissertations infinies. Veut-on savoir ce que c'est que le mal français, les uns s'arment d'Avicenne, les autres de Galien: ici c'est le *saphati* des Arabes, là c'est la mentagre ou le lichen; plus loin, c'est la lèpre ou l'éléphas. Si l'on arrive aux descriptions de la maladie, on ne trouve aucune indication précise, et au milieu des horribles peintures que les premiers syphilographes ont laissées, c'est à peine si l'on peut saisir çà et là quelque trait caractéristique qui dépeigne réellement la syphilis; une foule de symptômes, étrangers les uns aux autres, sont confondus pour faire cette maladie bizarre, inexplicable, impossible, que l'on a appelée le mal français, napolitain, etc. Cette première époque, que l'on pourrait appeler épidémique, fut féconde en écrivains de toutes sortes, parmi lesquels on peut citer Alexandre Benedetti, plein de traits remarquables; Pierre Pinctor, esprit éminemment didactique, mais long et diffus; Fracastor, qui inventa le nom de syphilis; mais surtout Nicolas Massa, cet anatomiste distingué de Venise, que quelques auteurs ont même regardé comme le meilleur syphilographe du seizième siècle.

Adversaire des vieilles idées qu'il combattait par l'anatomie, N. Massa a montré,

(1) *Tractatus de morbo fœdo et occulto, his temporibus affligente.* 1499. Cap. IV.

(2) *Tractatus de origine pestilentialis scorræ, sive mala de Franzos, magistri Joseph Grunbeck de Burchausen.* 1503. Cap. IV.

en parlant du mal français (1), qu'il était resté l'esclave des règles d'Avicenne et de Galien. Il a cherché à démontrer avec cette argumentation particulière à son siècle, et que nous retrouverons dans Fallope, que ce mal gisait dans une disposition particulière du foie (2) qui, en se refroidissant, produisait une humeur phlegmatique, laquelle, par sa nature vaporeuse, se transmettait au cœur, etc.; il admettait d'ailleurs la transmission épidémique, opinion toute puissante à l'époque où il écrivait. Les descriptions qu'il a laissées sont vagues, et tous les symptômes se confondent dans la forme pustuleuse qui paraît surtout l'avoir frappé. On trouve cependant au chapitre *des Signes* (3) quelques caractères indiqués de main de maître. On peut reconnaître la syphilide tuberculeuse dans ces pustules siégeant au front, saillantes, dures, avec une mauvaise couleur (*malo colore*). Massa a signalé un symptôme trop souvent méconnu même de nos jours, et qui, pour lui, est le signe de l'invasion du mal français; ce sont ces pustules siégeant aux angles de la bouche (*maximè in angulis oris*). Il a parlé enfin du chancre *induré* et énoncé clairement les douleurs ostéocopes, les gommes, les exostoses, les caries des os, etc. Comme presque tous les auteurs de son temps, comme la plupart des Arabistes, Massa a considéré le bubon comme un apostème résultant de l'humeur sécrétée par le foie, l'aine étant l'émonctoire naturel de cet organe. Mais cet auteur s'est surtout très longuement occupé du traitement du mal français, et c'est à cette circonstance sans doute qu'il doit sa réputation. Rien n'a été oublié par lui, ni le traitement simple, ni les sudorifiques, ni le mercure dont il conseille l'emploi en onctions. Je n'entreprendrai pas de suivre l'anatomiste vénitien dans cette partie de son ouvrage, et je bornerai là cette mention bien due à cet auteur, qui jeta un vif éclat sur l'histoire de la syphilis dans la première moitié du seizième siècle.

Laissant de côté la foule de noms qui se perdent dans ce déluge d'écrits dont l'imprimerie, récemment inventée, était alors la source intarissable, il faut arriver à Paracelse, cette grande figure du seizième siècle, qui personnifie à tort ou à raison l'ère nouvelle de la médecine, et qui résume assez bien tous les progrès que l'on avait pu faire alors dans la science syphilitique.

Il ne faut cependant pas s'attendre à trouver dans Paracelse (1) un corps de doctrine bien coordonné, assis sur des données rationnelles et positives : on trouve, au contraire, dans ses descriptions ce vague et cette indécision qui avaient été jusqu'à lui le propre de tous les auteurs discutant sur le mal français. Nous avons vu que cette affection avait été comparée à une foule d'autres maladies décrites par les anciens; Paracelse, adoptant et amplifiant ces idées, présente le mal français comme l'assemblage de tout ce que l'imagination humaine peut offrir de plus affreux, de la lèpre, de l'herpès, de la gangrène, du cancer, etc. (2). Adversaire déclaré du galénisme, Paracelse l'attaqua sur le terrain du mal français, et démontra qu'il était inexplicable par la doctrine des quatre humeurs (3). Mais quel était pour lui le principe de ce mal si cruel? Sur ce point, il n'a fait que reproduire une opinion vieille comme la science médicale, puisqu'il en a placé l'origine dans la semence corrompue. La plupart des écrivains contemporains de l'épidémie prétendaient trouver le secret de ce mal français qui était venu leur apporter un mystère impénétrable, mais ils l'expliquaient avec des idées préconçues qu'ils trouvaient toutes faites sous leurs mains, comme N. Massa, ou avec certaines doctrines anciennes, ainsi que Paracelse, et tous n'ont fait que reproduire les uns après les autres des opinions paraphrasées avec une gravité magistrale. Pourtant tous ces hommes, rudes au travail, consciencieux à l'étude, apportaient à leurs œuvres une intelligence qu'il nous faut encore admirer, car quelques uns ont trouvé d'un seul coup des vérités que trois siècles d'expériences n'ont fait que confirmer, et il en est parmi eux qui ont formulé en quelques mots des axiômes qui, pour avoir été délayés dans vingt ouvrages, n'en ont pas plus d'autorité aujourd'hui. C'est

(1) *De morbo gallico Liber.* — (2) Cap. IV. — (3) Cap. VII.

(1) *Libri* III, *de curâ morbi gallici, Germ.* Bâle, 1575, in-4°. — Cap. VI, p. 142.

(2) *De variol. gallic. bubon.* t. I. p. 253.

(3) L. II. Cap. I, p. 197.

un mérite que l'on trouve çà et là dans Paracelse, et qui fait de lui un homme que l'on doit classer à part.

Il a su distinguer en peu de mots la contagion de l'hérédité (1), mode de transmission qu'il a fait connaître un des premiers et dont il a apprécié l'influence avec une grande précision. Pour lui le mal français était plus héréditaire que la lèpre, et l'enfant une fois infecté ne pouvait plus être délivré de l'infection : la maladie croissait avec lui, et éclatait infailliblement tôt ou tard, selon l'énergie du virus. N'est-ce pas là théorie de l'hérédité que nous verrons, plus tard, il est vrai, poussée jusqu'aux limites de l'exagération? Sous le point de vue de la contagion, Paracelse avait subi les opinions de son siècle, et il avait admis l'infection par la sueur, par l'haleine, par l'air (2); et cependant, comme s'il pressentait qu'il allait trop loin, il a dit ailleurs (3) que l'infection se faisait par une triple voie, par le coït, par la conception, par le contact, ajoutant que, hors de cette triple voie, il n'y avait pas lieu à la production du mal français. On peut déjà constater cette tendance toute pratique à poser les véritables limites de l'infection syphilitique, tendance plus appréciable encore dans cette phrase remarquable de notre auteur : *Le mal français naît seulement de Vénus, ou il se transmet par l'hérédité* (4).

Paracelse est un des premiers qui, rapportant la syphilis à Vénus, aient pensé qu'il fallait renoncer à la vieille dénomination de mal français, et qui lui aient substitué ce nom de maladie vénérienne (5); un des premiers aussi, il a pressenti la véritable nature de la maladie syphilitique, et, frappé de ce quelque chose d'inconnu qui en est le principe constitutif, il a signalé le *miasme vénérien* (6), mot vague qui ne traduisait pas encore la vérité, mais qui disait plus que les théories humorales de Nicolas Massa et de presque tous les contemporains. Il semble qu'une fois ce grand principe posé, Paracelse ait songé déjà à en déduire les conséquences; il suppose qu'une fois introduit dans l'économie, le miasme vénérien se combine avec toutes les autres maladies, qu'il les modifie, qu'il leur donne une forme nouvelle, et, poussant ce système jusqu'à ses dernières limites, il admet que ce miasme peut produire une foule d'affections dont il énumère longuement la triste liste, la phthisie, l'hydropisie, la diarrhée, les exanthèmes, le lupus, le cancer (1), etc. On croit lire par avance les sinistres prédictions de Sanchez, ou voir les sombres tableaux de Vigarous. Mais pour résumer la doctrine de Paracelse, il est évident qu'il ne considérait pas le mal français seulement comme une maladie locale plus ou moins grave, mais qu'il lui reconnaissait cette propriété, aujourd'hui hors de doute, de modifier profondément l'économie, et de traduire cette modification par des accidents généraux souvent lointains! Tout exagérée qu'elle pouvait être, cette opinion était d'ailleurs un grand progrès, et, ce premier pas une fois franchi, la maladie vénérienne ne devait pas tarder à apparaître avec ses caractères véritables, dénaturés ou ignorés jusqu'alors.

Quand Paracelse décrit les symptômes de la maladie vénérienne, on retrouve à chaque pas cette dénomination de pustules avec tout le vague qu'elle avait à cette époque; il en admet (2) de toutes les formes et de toutes les couleurs, sans leur assigner aucun caractère particulier qui éclaire le diagnostic : il semble, en lisant ces descriptions, que le mal français avait seul la propriété de faire naître des pustules. On retrouve d'ailleurs dans ses descriptions celle de l'ulcère serpigineux, de (3) la syphilide tuberculeuse fixée à la face et rongeant comme le lupus, puis les éruptions de toutes sortes, bulleuses, papuleuses, les tumeurs gommeuses, etc. Mais il faut le répéter, il règne sur ce point, dans l'œuvre de Paracelse comme dans tous ceux qui l'ont précédé, une confusion inextricable; l'importance que l'on attachait au mal français lui faisait attribuer évidemment une foule de symptômes qui ne lui appartenaient pas, et l'erreur était bien permise à ces grands théoriciens du seizième siècle, écrivant sous l'impression d'une grande calamité publique, quand le doute et la contradiction existent encore aujourd'hui parmi

(1) L. I. Cap. VIII. p. 143.—(2) *Ibid.*—(3) L. V. Cap. I. p. 276.

(4) *Chirurg.*, L. III. *Tractat.* I. Cap. IV. p. 413. —(5) L. II. Cap. I.—(6) L. III. Cap. II. p. 157.

(1) *Ibid.* Cap. XXI. p. 181.

(2) L. II. Cap. XIII et XIV. p. 203.

(3) *Ibid.* Cap. XI. p. 239.

les praticiens même les plus spéciaux. Ce qu'il faut remarquer surtout, c'est que Paracelse, d'accord en cela avec ses contemporains, ne s'occupe que très secondairement du chancre, de la gonorrhée française, du bubon, de tous ces symptômes enfin qui sont de nos jours l'expression la plus commune de la maladie syphilitique. Pour lui, le mal français avait un caractère de généralité qui l'empêchait d'apprécier la valeur pathognomonique de certaines lésions particulières; il ne les a pas oubliées cependant, et il a donné même du bubon et du chancre une théorie qui mérite d'être citée. Ces deux accidents sont pour lui le produit de la même matière (1), apposée d'une manière plus ou moins directe. Si elle est mise en contact avec une surface extérieure, l'endroit touché devient le siège d'une ulcération : c'est ce qu'il appelait *cambucca*. Si, au contraire, le coït déterminant une certaine attraction luxurieuse (Paracelse mettait le siège du désir dans les reins), cette matière était attirée par les veinules, il y avait alors apostème ou bubon. Certains théoriciens modernes n'ont pas expliqué autrement le chancre et le bubon d'emblée. Mais quelle était cette matière signalée par Paracelse? C'était de la semence corrompue; et voici comment il expliquait ce phénomène : il supposait que le sperme déposé dans une matrice immonde, en y séjournant quatre ou cinq semaines, se corrompait, et était attiré, ainsi que je viens de le dire, pour produire le bubon, ou déposé seulement pour produire le chancre. Cette théorie de la corruption du sperme n'était pas nouvelle, et déjà elle avait été signalée au quatorzième siècle dans le livre de Magninus (2); mais l'application faite par Paracelse, en opposition aux doctrines humorales, lui appartenait en propre, et l'erreur dans laquelle il était tombé alors doit être ajoutée à toutes celles que ce siècle avait vues naître, et que produisait infailliblement la manie dominante de tout soumettre aux règles de la théorie.

Pour reconnaître la maladie vénérienne (3), il faut, selon Paracelce, bien s'assurer du contact suspect, puis étudier soit les symptômes généraux, faiblesse, douleur aux aisselles, aux aines, aux lombes, fièvre sans paroxysme, etc.; soit les symptômes locaux, la *cambucca*, le bubon; puis tout ce cortège de pustules, de verrues, etc. Paracelse n'hésite pas à reconnaître l'infection quand il y a eu coït : c'était pousser loin, comme on voit, les limites du diagnostic; mais il fallait des siècles avant que l'on en fût venu à la vraie appréciation du caractère de la syphilis. Paracelse a signalé une différence importante entre les signes de l'infection accidentelle et ceux de l'infection héréditaire. Dans ce dernier cas, ce sont plutôt des douleurs à la région frontale, *dans les os propres du nez*, dans les mâchoires, une haleine fétide, etc.

Tout le monde sait que Paracelse fut le premier qui érigea en axiôme l'emploi du mercure dans le traitement de la maladie vénérienne : c'était pour lui l'arcane suprême, le spécifique infaillible contre cette cruelle affection. Il a repoussé tour à tour les bains sudorifiques, les cantharides, les emplâtres saturnins, tous ces médicaments chimiques locaux, si usités alors; il repoussait surtout les caustiques, et regardait comme téméraire le traitement par les purgatifs; il pensait que le gaïac empirait la maladie (*morbus fit deterior usu decocti gaiaci*) : Le mercure était la base essentielle de la thérapeutique vénérienne (1), il le conseillait en fumigations, mais surtout à l'intérieur; sans lui point de succès.

En résumé, les chapitres que Paracelse a écrits sur le mal français sont, comme tout ce qu'il a fait, pleins de contradictions souvent choquantes; on y retrouve ce cachet dogmatique, ce ton tranchant, qui marquèrent si bien le professeur de Bâle : on y signale surtout cette absence de netteté et de précision, qui était le défaut de cette époque, et qui montre que Paracelse n'avait pas demandé à la pratique et à l'observation la confirmation de ses théories; mais on y rencontre aussi quelques vérités, qui pour être dites comme en passant, n'en ont pas une moins grande importance, et ce qui entre autres distingue son livre sur le traitement du mal français, c'est que le premier il a posé ce principe : Que le mercure est le meilleur moyen à opposer à la maladie vénérienne (*ut melius sibi medicus optare*

(1) L. III. Cap. XXIII. p. 441.

(2) *Regimen sanitatis*. 1517. Lugd.

(3) L. III. Cap. V. p. 414.

(1) L. XXVI. Cap. IV et XI.

non debeat (1), et cela à une époque où déjà le gaiac (le bois saint) jouissait d'une préférence qui menaçait de devenir générale et absolue.

A côté de Paracelse dans l'ordre chronologique, il faut placer J. Fernel, le médecin de Henri II, dont l'enseignement répandit une si grande gloire sur la faculté de Paris, et qui a laissé sur la maladie vénérienne un livre dont une bonne moitié semble avoir été écrite de nos jours.

Paracelse doit une grande partie de sa réputation à cet antagonisme ardent qu'il prêcha toute sa vie contre l'école galénique; c'était d'ailleurs un esprit mobile, inquiet, toujours remuant et agité; mais Fernel apportait dans son enseignement et dans ses doctrines ce positivisme calme et réfléchi qui naît de la pratique et de l'observation : aussi peut-on signaler déjà une différence énorme entre le traité *De curatione luis venereæ* du second, et ce que le premier a écrit sur le mal français. L'œuvre de Fernel est un tout complet, où tout s'enchaîne, où tout se lie, où les principes sont posés avec une netteté remarquable, où les déductions sont tirées avec une logique parfaite. C'est peut-être, dans le seizième siècle, le seul ouvrage sur le mal français qui ne soit pas défiguré par ces erreurs énormes qui déparent tous les écrits de ses contemporains : on peut dire que c'est véritablement le premier traité sur la syphilis.

Fernel (2) a donné la première définition qui présente une idée vraie de la nature de la syphilis : c'est pour lui (3) une maladie occulte, contagieuse, manifestée par des tubercules, des taches, des ulcères, des douleurs. Il établit (4) que c'est une affection des parties similaires, qui ne peut être due qu'à une lésion de toute la substance, lésion occulte, mystérieuse, qui préside à tous les empoisonnements. Aussi la range-t-il parmi les maladies contagieuses; mais il prend soin de définir la nature et de poser les limites de cette contagion.

La syphilis ne se communique plus par l'air, par l'haleine, par ces voies épidémiques admises avant Fernel; l'infection a lieu par le contact d'une matière quelconque qui contient le virus, qui lui sert de véhicule, et avec laquelle celui-ci se répand par tout le corps (*Luis venereæ virus, non inspiratu, sed humore in quamvis partem cutis nudam defixo, prorepit in omne corpus*) (1).

Parmi les maladies contagieuses, les unes sont manifestes et médiates : ainsi le prurit, la gale, la lèpre, les achores, le favus; les autres sont occultes et immédiates : ainsi l'hydrophobie, l'empoisonnement par la piqûre des animaux, et c'est dans ces dernières que Fernel range la maladie vénérienne.

Quand on songe qu'il écrivait ces pages remarquables dans la première moitié du seizième siècle, au milieu des préjugés tout puissants encore qui défiguraient l'histoire de la syphilis, quelle admiration ne doit-on pas ressentir pour cette intelligence supérieure qui, soulevant le voile mystérieux sous lequel se cachait le *mal français*, pénétrait d'un seul coup jusqu'à la nature intime de cette maladie !

Fernel a fait justice aussi des opinions qui attribuaient le mal nouveau à des influences supérieures, à des combinaisons sidérales. Pour lui l'origine de la maladie vénérienne était la contagion, et c'est par cette voie seulement que, venue d'Amérique, elle se serait communiquée à toute l'Europe. Aussi ne pensait-il pas qu'elle avait pu régner épidémiquement. A l'époque où écrivait cet homme remarquable, quelques auteurs avaient déjà mis en avant cette hypothèse que le mal français devait décroître de jour en jour pour cesser et disparaître complètement; et ils s'appuyaient sur ce que les symptômes allaient en s'affaiblissant et que déjà, de son temps, on ne voyait plus ces accidents affreux décrits par les premiers syphilographes. Fernel avait pu admettre la décroissance, mais il ne croyait pas à la disparition de la syphilis, et on en trouve la preuve dans cette phrase que l'on peut appeler prophétique : *Je crois que si Dieu ne l'éteint pas dans sa clémence, s'il ne tempère pas la débauche effrénée des hommes, cette maladie ne cessera jamais, et qu'elle sera la compagne immortelle de l'espèce humaine* (2).

Le point le plus controversé pour les écri-

(1) *De vita longâ*. L. II. Cap. XII. p. 207.

(2) *De luis venereæ curatione perfectissimâ Liber*.

(3) *Universalis medicina*. L. VI. Cap. XX. 1556.

(4) Cap. I. — (4) *Ibid*.

(1) *Ibid*. Cap. I.

(2) *Ibid*. Cap. II.

vains du XVI^e^ siècle était la véritable cause de la maladie vénérienne, et nous avons déjà vu que N. Massa et Paracelse n'étaient pas d'accord sur ce point : une foule de systèmes complètement opposés avaient été alors mis en avant; les uns supposaient que c'était une intempérie sèche du foie ; les autres que c'était une affection maligne des humeurs ; ceux-ci la présentaient comme une suppuration du sang, ceux-là comme une exustion humorale, etc. Fernel combattit tour à tour toutes ces idées (1), et posa enfin ce grand principe inconnu avant lui : *La cause de la maladie vénérienne est une qualité occulte et vénéneuse, contractable par contagion, inhérente à une matière quelconque qui lui sert de véhicule, et qui envahit tout le corps* (2). Là est toute la doctrine du virus, présentée depuis sous toutes ses faces, retournée en tous sens, amplifiée, paraphrasée, mais n'ayant jamais changé depuis Fernel. Cette cause agit par contagion, mais ce grand médecin, éclairé par la pratique et l'observation, a défini rigoureusement les limites dans lesquelles s'exerçait cette action. Tous les modes d'infection ont été précisés ; par le coït, par l'allaitement, par le baiser; enfin la contagion admise par Fernel est celle que reconnaissent les théoriciens de nos jours ; seulement le professeur du XVI^e^ siècle avait supposé que l'infection pouvait avoir lieu par la sueur, mais à la condition d'une cohabitation intime : c'est la seule différence qui le sépare des doctrines modernes. Fernel avait même indiqué la contagion par inoculation, puisque le contact de la matière syphilitique avec une surface dépouillée de son épiderme, pouvait devenir la cause de la maladie (3). Fernel croyait aussi à l'hérédité ou à la congénialité de la syphilis, puisqu'il a dit qu'une nourrice pouvait la contracter en allaitant un enfant infecté ; mais il n'a pas attaché à ce point de doctrine toute l'importance qu'il méritait, et il n'a fait que l'effleurer en passant.

Fernel avait admis (4) pour ainsi dire des phases différentes de la maladie; ainsi le virus, fixé d'abord aux parties génitales, détermine des pustules et des petits ulcères; puis, absorbé par les veines, il produit le bubon, et gagne de proche en proche, annonçant sa marche par des symptômes que l'on pourrait appeler progressifs : la gonorrhée est le résultat de l'affection des vaisseaux spermatiques et des reins ; puis viennent les ulcères de toutes sortes, envahissant le nez, le palais, rongeant les os, etc., les douleurs ostéocopes, la chute des cheveux, etc. C'est la théorie d'appropriation que l'on verra reproduite plus tard, c'est la doctrine moderne de la localisation. La période d'incubation, qui devait exister alors comme elle existe aujourd'hui, avait échappé à Fernel, et c'est à cette circonstance sans doute qu'il faut attribuer l'erreur dans laquelle il est tombé.

C'est encore Fernel qui, le premier, posa ce grand principe, qu'il n'y a pas de différence entre les symptômes de la maladie vénérienne, qu'il y a seulement des degrés d'intensité : *Luei venereæ nullæ differentiæ, sed tantum gradus sunt* (1). Quel étonnement n'éprouve-t-on pas en lisant ces paroles dans un livre qui date de près de quatre siècles, quand on pense que de nos jours la grande question de l'identité est encore un problème sans solution et la cause de controverses interminables ! C'est en vue de cette distinction toute pratique que Fernel a admis plusieurs ordres distincts par leurs degrés de gravité. Il suppose que le virus, comme une vapeur ténue, envahit seulement la superficie du corps, et qu'il détermine seulement une affection de la racine des poils. C'est là le premier degré. Dans le second, la peau est envahie, et se couvre de macules nombreuses, résultat d'une altération légère du sang. Au troisième seulement commence véritablement la maladie vénérienne : c'est la forme pustuleuse et ulcéreuse avec tous les caractères qu'on lui assignait alors ; le virus a pénétré déjà dans le corps. Puis, quand il a envahi les parties solides, les os, les muscles, les nerfs, alors le mal touche au quatrième degré, et est caractérisé surtout par des douleurs atroces, par le marasme, par la mort. C'est là, comme on le voit, la théorie *nouvelle* des symptômes primitifs, secondaires, tertiaires, etc. L'application du principe d'unité deviné par Fernel aurait pu être plus rationnelle et plus logique; mais il faut faire ici la part des difficultés sans nombre dont était entourée alors l'étude pratique de la syphilis, et le médecin de Henri II, tout en pres-

(1) Cap. III. — (2) Cap. IV. — (3) *Ibid.*

(4) Cap. V.

(1) *Loco citato.*—Cap. V.

sentant la distinction des symptômes vénériens en primitifs et consécutifs, avait pu fort bien ne les considérer que comme des degrés différents de la même maladie. On ne pouvait arriver sur ce point à la vérité que quand on aurait défini rigoureusement la symptômatologie syphilitique, quand on aurait posé cet autre principe que les accidents secondaires sont l'expression d'un tempérament spécial, résultat de l'infection première.

A l'époque où écrivait Fernel, le traitement de la syphilis occupait une large place dans les dissertations sur cette maladie : aussi s'en est-il occupé d'une manière toute particulière. Le gaïac, mis en lumière par la guérison *miraculeuse* d'Ulric de Hutten, était alors préconisé par presque tous les praticiens, et Fernel s'est hautement prononcé pour lui. Le mercure, après avoir joui d'une préférence illimitée, était déjà accusé de produire une infinité de maux, et Fernel n'hésite pas à dire que c'était un moyen cruel qu'il fallait bannir à jamais : selon lui, ce médicament dissolvait les parties solides, les tendons, les nerfs, etc. ; il épuisait par la salivation ; il ne pouvait plus sortir du corps. Discutant ses qualités, il déclare que le mercure est *froid* et *humide* (1) ; enfin que c'est un moyen dangereux. Pour toutes ces raisons, loin de le considérer comme l'antidote de la maladie vénérienne, il le repousse comme un remède incertain et dangereux (2), et il conclut qu'il n'y a pas de bon traitement sans le gaïac (3).

En résumé Fernel a proclamé la plupart des points de doctrine qui sont aujourd'hui la base de la pathologie syphilitique : le premier il a signalé au monde des vérités que nous retrouvons aujourd'hui telles qu'il les a consignées dans son ouvrage. Sous ce rapport, il est bien supérieur à Paracelse, et s'il s'en rapproche au point de vue de l'appréciation des symptômes, il a eu du moins le mérite de renoncer à ce cortège d'accidents plus ou moins épouvantables que l'on était habitué à traîner à la suite du mal français. En résumé, son livre se fait distinguer par une grande intelligence de la matière, par une netteté de vue remarquable, par une sobriété de dissertation, qualité rare à cette époque, et surtout par un caractère pratique que nul autre n'avait montré avant lui.

(1) Cap. VII. — (2) *Ibid.* — (3) Cap. IX et seq.

Fernel avait fait faire un pas immense à l'appréciation philosophique de la maladie vénérienne ; après lui, l'histoire de cette maladie, désormais ramenée à ses véritables principes, ne devait plus faire que des conquêtes de détails et de formes ; nous allons en avoir la preuve en nous occupant de Fallope (1) (Fallopio), disciple du grand Vésale, illustre professeur d'anatomie à Padoue, dont l'opinion en matière de syphilis a eu longtemps une grande autorité.

Plusieurs auteurs, contemporains de Fallope, soutenaient l'antiquité de la maladie vénérienne, et cherchaient à la retrouver dans certaines affections décrites par les anciens : le disciple de Vésale se prononce d'abord pour la nouveauté (2), prouvant *ex professo* que ce n'était ni la *lèpre* des Arabes, ni le *sahafati* d'Avicennes, ni l'*albos*, ni la *variole*, etc. Il rejetait aussi l'opinion de l'épidémie mise en avant par Léoniceno.

Le foie a joué, comme on le sait, un grand rôle dans l'étiologie des affections humaines, et autrefois plus encore qu'aujourd'hui, on attribuait aux fonctions de cet organe une importance extrême : Fallope le regarda à son tour comme la source, comme le principe du mal français (3), reproduisant ainsi l'opinion de Massa, comme Trajan Pétrone devait reproduire plus tard encore la théorie de Paracelse. Presque tous les auteurs de ce temps semblent ainsi avoir pris à tâche de se copier les uns les autres, et la doctrine si simple, si précise de Fernel, ne pouvait pas être adoptée par ces grands rhéteurs de l'école italienne, qui ne pouvaient admettre un principe échappant à leur analyse. Fallope a d'ailleurs discuté longtemps pour soutenir sa théorie. Et d'abord, il niait que la syphilis fût une maladie générale (4), puisqu'elle pouvait affecter un point du corps sans attaquer les autres : singulier raisonnement, comme on voit ! Puis, procédant par voie d'élimination, il voulut prouver que le point de départ de la maladie n'était ni dans les parties génitales (5), ni dans la tête, ni à la peau, toujours par cette raison qu'elle peut débuter indistinc-

(1) *De Morbo gallico tractatus.*

(2) Cap. III. et seq. — (3) Cap. XIII.

(4) Cap. VIII. — (5) Cap. X. et seq.

tement tantôt sur un de ces points, tantôt sur un autre ; et il conclut enfin que c'était le foie, se fondant surtout sur certains accidents généraux, l'accablement, la torpeur, sur le changement de couleur, sur les congestions excrémentielles qui se font dans les différents organes, d'où les gommes, les tubercules, les exostoses, etc.

Entre l'unité ou la complexité (1) de la maladie vénérienne, Fallope se prononce pour la première, concluant de ce que la salsepareille, le gaïac, le mercure, qui ont des qualités simples, guérissent le mal français, que ce dernier doit être simple aussi. S'il cherche le principe de la maladie, il argumente, pour établir qu'elle ne dépend pas d'une solution de continuité du foie, que ce n'est ni une intempérie sèche, ni une intempérie froide et humide de cet organe ; qu'elle n'est pas le résultat de la putridité ; qu'elle est inexplicable par la théorie des quatre humeurs. Il consacre un chapitre entier (2) à examiner si la syphilis est réellement une maladie, et quand il a démontré ce point, il conclut que c'est une affection particulière du foie, ce qu'il appelait, lui aussi, une maladie *totius substantiæ*, mais parce qu'elle réunissait ces trois caractères *indispensables*, d'attaquer une partie noble, d'être contagieuse et de résister à tout moyen ordinaire !

Il y a loin, comme on le voit, de cette théorie, à celle de Fernel. Ce dernier avait admis la contagion, mais comme un mystère inexplicable ; Fallope veut en donner la raison (3). Qu'une femme infectée, dit-il, ait des rapports avec un jeune homme ; les corps s'échauffent par le frottement, la vapeur exhalée de la peau de cette femme met les humeurs en fermentation, puis il en résulte l'ébullition, et ainsi la contagion a lieu. Fallope admettait d'ailleurs, en thèse générale, que l'excitation voluptueuse était la source la plus sûre, la plus féconde de l'infection vénérienne. Aussi disait-il que plus une femme éprouvait de plaisir avec un homme, plus celui-ci courait risque d'être infecté (4). Cette doctrine de l'excitation a été reproduite de nos jours et mise en avant comme la condition nécessaire de toute infection syphilitique.

Cette théorie de la contagion a conduit le disciple de Vésale à une opinion bien remarquable d'ailleurs à propos des écoulements blennorrhagiques ; ainsi, il dit que certaines femmes, qui infectées ne donnent rien à leurs maris, avec lesquels elles n'éprouvaient aucun plaisir, communiquent cependant la maladie vénérienne à leurs amants qui leur procuraient l'incitation voluptueuse (1). Cette opinion a, je le répète, une très grande importance ; j'ai appelé sur elle déjà l'attention des médecins, car elle peut jeter un grand jour sur la véritable nature de certaines blennorrhagies prétendues non syphilitiques (2).

Vient ensuite la symptômatologie de cette affection. Ce qui frappe d'abord Fallope, ce sont les caractères généraux de la syphilis : une labéfaction profonde des esprits vitaux, une prostration générale de la torpeur, une décoloration particulière, la cessation des appétits vénériens. Ces phénomènes sont dus à l'action d'une vapeur qui s'exhale du foie et qui envahit l'économie tout entière ; puis cet organe secrète une sanie contagieuse qui produit les différents symptômes locaux attribués au mal français. Si cette sécrétion particulière se porte en haut, elle détermine les ulcères de la gorge ; envahissant les parties génitales, elle peut produire indistinctement le chancre, si elle est ténue et subtile ; le bubon, si elle est épaisse et matérielle ; les deux à la fois, si elle réunit cette double qualité ; portée à la peau, elle y devient la cause de pustules, etc.

Si Fallope avait faussement attribué au foie la production des symptômes syphilitiques, il est évident du moins qu'il avait été frappé de cette circonstance importante, méconnue par ses devanciers, que dans l'infection vénérienne il y a maladie générale avant toute manifestation locale. Il n'est pas étonnant, après cela, qu'il ait pu se tromper et sur le principe et sur le mode de réaction de la maladie, choses encore inexpliquées de nos jours ! mais, je le répète, il avait deviné une des vérités les plus intéressantes de l'histoire de la syphilis, et sur ce point il avait complété l'œuvre admirable de Fernel.

Mais le mérite principal de Fallope, c'est d'avoir jeté les premières bases de la véritable symptômatologie de la syphilis ; et s'il fait remonter les accidents vénériens à

(1) Cap. XIV. — (2) Cap. XX. — (3) Cap. XXI.
(4) Cap. XXII.

(1) *Ibid.*
(2) *Traité des Syphilides.* — Paris, 1843.

une cause dont ils ne peuvent pas dépendre, il les décrit du moins avec des caractères qui annoncent un grand esprit d'observation. Il a parfaitement signalé le chancre hunterien, à forme ronde, à bords renversés et profonds; il a donné des descriptions minutieuses des gommes, des tubercules, et le premier il a fortement insisté pour établir que les éruptions syphilitiques avaient une couleur spéciale, semblable à celle de la *chair de jambon*, couleur qui n'appartenait qu'à elles (1).

En vérité, quand on lit attentivement ces monographies rédigées avec un soin religieux, on est frappé de la supériorité de ces penseurs d'autrefois sur les écrivains de nos jours; supériorité qui résultait d'une persévérance infinie dans le travail et d'un effort souvent exagéré de l'intelligence; ces hommes semblaient toujours écrire pour le monde entier, et leurs erreurs mêmes sont marquées d'un certain air de grandeur qui ne permet pas d'y attacher le stigmate du ridicule.

Fallope a parlé de la gonorrhée en termes qui ont eu, comme on le sait, un grand retentissement, puisqu'on s'en est servi pour démontrer que la blennorrhagie était une affection nouvelle. Il suffit cependant de lire ce qu'il en a dit pour demeurer convaincu du contraire. Il avait admis, ainsi qu'on l'a vu, que l'infection vénérienne avait pour effet de déterminer une labéfaction profonde des esprits vitaux, et il en concluait que les malades devenaient inhabiles à retenir la semence, ce qui entraînait l'écoulement gonorrhéique, qu'il appelait : *profluvium seminis*. On sait aussi que cette appréciation de la gonorrhée remonte à Pline, et dès lors le symptôme décrit par Fallope n'était point une chose nouvelle. Il est vrai qu'il avait admis deux espèces d'écoulemens, l'un simple, l'autre *français;* mais ils étaient identiques quant au fond, et les distinctions de formes qu'il a admises sont insuffisantes pour les séparer. De ce que l'un durait plus longtemps que l'autre, que celui-ci cédait à des moyens locaux, celui-là à des moyens généraux seulement, il n'en résulte pas que ce soient deux maladies différentes. On voit d'ailleurs, et ceci est le plus important, que déjà, au XVI^e^ siècle, s'agitait cette question encore irrésolue, de savoir s'il y a des blennorrhagies simples et des blennorrhagies syphilitiques. Quoi qu'il en soit, Fallope avait reconnu que la gonorrhée jouait un rôle important dans la symptômatologie vénérienne; il s'en était vivement préoccupé, ce que n'avaient fait ni Paracelse, ni Fernel; mais comme il fallait faire accorder ce symptôme avec la nouveauté généralement accréditée alors du mal français, le disciple de Vésale avait voulu caractériser une gonorrhée nouvelle, qui aurait été inconnue des anciens.

Il est permis de croire que Fallope avait pressenti que la syphilis pouvait se manifester par deux ordres de symptômes, que l'on distingue aujourd'hui par les noms de primitifs et de secondaires; car il considérait la gonorrhée, l'ulcère et les bubons, comme *des soldats armés à la légère et précédant l'armée française*, comme le point de départ de la maladie.

On ne trouve dans l'ouvrage de Fallope presque rien qui ait trait à l'hérédité; il admettait cependant la syphilis congéniale, puisqu'il dit, dans son système de contagion, que le foie est attaqué chez les enfants infectés pendant la gestation.

Bien que partisan du gaïac, Fallope s'est montré adversaire moins exclusif que Fernel du mercure. A cette époque Jacques de Carpi venait de mettre en vogue les frictions mercurielles, qui devaient lui valoir une fortune immense, et qui devaient devenir la règle presque absolue de la thérapeutique vénérienne. Fallope raconte qu'ayant eu à étudier des sujets qui avaient été traités pendant des années entières par ce moyen, il a disséqué des tumeurs gommeuses siégeant aux jambes, et qu'ayant découvert l'os, il avait trouvé des collections de mercure (1)!... et la conclusion que l'anatomiste de Padoue s'est cru autorisé à en tirer, c'était qu'il fallait rejeter les frictions, ajoutant cependant qu'il les employait quand le gaïac n'avait pas réussi. Dans ce dernier cas, il conseillait une grande réserve et des précautions infinies.

Fallope avait expérimenté le traitement simple, et il le regardait comme sans effet sur les affections vénériennes. Pour lui enfin, comme pour Fernel, le véritable antidote du mal français était le *bois saint*, le gaïac, et c'est de son emploi qu'il s'est surtout occupé. Il a beaucoup écrit aussi

(1) *Loco citato.* — Cap. XXIII.

(1) *Ibid.* Cap. LXXVI.

sur celui de la salsepareille, de la racine de squine. Il a d'ailleurs donné avec un grand soin les règles du traitement à opposer aux divers symptômes de l'infection vénérienne. Moins précis que le livre de Fernel, celui de Fallope est plus complet au point de vue de la symptômatologie particulière de la syphilis.

Si maintenant l'on résume ce que je viens de dire de ces trois auteurs, on verra qu'ils représentent parfaitement l'état de la science syphilitique au seizième siècle. Paracelse est le type remarquable de cette première période commençant à Benedetti et embrassant Pinctor, Schellig, Grünbek, Fulgosi, Jean de Vigo, et tous ces hommes qui écrivaient sous l'impression d'une épidémie qu'ils ont envisagée d'un point de vue idéal, dont ils ont exagéré les caractères, et dont ils devaient méconnaître la véritable nature : là tout est incertitude, l'erreur dénature à chaque instant la vérité; on sent que la théorie marche sur un terrain inconnu, où la pratique ne peut pas encore la guider. Fallope résume en lui cette portion d'écrivains, théoriciens exclusifs qui soumettaient tout au creuset d'une logique spécieuse; argumentateurs infatigables, procédant avec des formes didactiques et magistrales dont ils ne se départaient sur aucun point; hommes de détail et de forme, disséquant leur sujet avec un soin presque religieux; on peut le regarder comme le chef de cette école qui compta Léonard Botal, Ferrier, Trajan Pétrone, etc. Quant à Fernel, il n'appartient ni à la période allemande de Paracelse, ni à la période italienne de Fallope; il est pour ainsi dire lui, et, entre ces deux extrêmes, il représente le génie pratique de ce siècle brillant, génie qui devait grandir, prendre son essor, et régner bientôt sur les débris de la dialectique.

OBSERVATIONS.

Éléphantiasis des Arabes.

Elisabeth B..., passementière, âgée de quarante-deux ans, d'une constitution lymphatique, vaccinée, mariée depuis vingt-deux ans, sans enfants, entra dans mon service à l'hôpital Saint-Louis le 1er août 1841, pour un éléphantiasis des Arabes, affectant la totalité du membre inférieur droit.

Son père et sa mère, encore vivants, avaient toujours joui d'une bonne santé, ainsi que ses deux frères. Le pays qu'elle habite, bien qu'il y ait quelques marais, du reste peu considérables, n'avait jamais été, qu'elle sût, ravagé par des fièvres ou autres épidémies; son habitation était saine et bien aérée. Elle avait commencé à être réglée à dix-sept ans, et depuis elle l'avait toujours été régulièrement, et même abondamment (huit à dix jours). Elle aurait eu *deux fois* la rougeole : une première fois à l'âge de sept ans, et une deuxième fois à neuf ans. Dans tous les cas, ces deux affections suivirent régulièrement leur marche ordinaire.

A dix-huit ans, elle fut atteinte d'une troisième maladie qui paraît avoir été une fièvre typhoïde qui l'a retenue deux mois au lit, et à la suite de laquelle elle fut plus d'un an à se rétablir entièrement.

Elle n'aurait plus rien éprouvé de remarquable jusqu'au commencement de 1833, époque où elle s'aperçut pour la première fois d'un gonflement de la jambe droite. Ce gonflement avait d'ailleurs débuté d'une manière insensible, sans aucune douleur, sans prodromes remarquables, et la malade ne s'en aperçut que par la gêne que vinrent lui causer ses bas et sa chaussure ordinaires, devenus trop étroits.

Interrogée avec insistance pour savoir si elle avait eu quelque érysipèle, s'il y avait eu quelque cause de gêne, d'arrêt dans la circulation veineuse, comme prodromes ou coïncidences de la maladie actuelle, jamais, dit-elle, elle n'avait rien éprouvé de semblable à tout ce qui lui était successivement exposé. Toutefois, pendant l'hiver de 1831, elle se trouva placée dans son atelier de telle sorte que la jambe actuellement malade était presque constamment exposée à un courant d'air très froid; et ce serait là, suivant elle, la cause de son mal. Quoi qu'il en soit, ce ne fut que plus d'un an après que le volume de cette jambe attira son attention, et comme il était encore peu considérable

et surtout indolent, elle s'en inquiéta médiocrement et continua son travail.

Les progrès du mal eurent lieu d'une manière très lente jusqu'en 1840; alors, à son dire, sa jambe avait acquis à peu près le volume qu'elle nous a présenté. Au mois de décembre de la même année, toute cette jambe fut successivement envahie par un *érysipèle ambulant* qui dura près de deux mois, et qui fut suivi d'une desquamation abondante. (Sa jambe a pelé, dit-elle.)

En février 1841 survint un *deuxième érysipèle* qui suivit la même marche que le premier. Elle vint à Paris à la fin de juillet 1841, et entra à Saint-Louis le 1er août. Son membre inférieur droit présentait l'état suivant:

Mensuration du 8 *août* 1841.

	A droite.	A gauche.
Pli de l'aine	0,595	0,500
Milieu de la cuisse	0,595	0,460
Au dessus du genou	0,465	0,375
Sur le genou	0,460	0,350
Au dessous du genou	0,400	0,290
Milieu des mollets	0,460	0,310
Au dessus des malléoles	0,310	0,200
Sur les malléoles	0,350	0,230
Milieu du pied	0,300	0,220
Racine des orteils	0,250	0,225

L'aspect général du membre justifiait complètement le nom de jambe d'éléphant. Toutes les saillies et les dépressions extérieures formées dans l'état ordinaire par les os, les muscles et les tendons, avaient presque complètement disparu sous l'énorme hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. La jambe et la cuisse, confondues ensemble, ressemblaient à une colonne charnue, lourde, informe, un peu arquée à la partie moyenne. Deux sillons, formés chacun par un repli épais et tombant de la peau, indiquaient seuls le niveau des articulations coxo-fémorale et tibio-tarsienne; la saillie de la rotule et celle des condyles n'existaient plus.

Le talon et la plante du pied avaient été respectés; mais, au contraire, les téguments du coude-pied étaient très gonflés, et les bords interne et externe de la région tarso-métatarsienne étaient changés en deux gros bourrelets charnus, retombant vers le sol. Au devant de l'articulation tibio-tarsienne existait aussi un autre gros repli tégumentaire recouvrant une partie du dos du pied, et changeant en un sillon de trois centimètres de profondeur le léger pli articulaire de l'état normal.

La peau, d'une blancheur un peu mate, était presque partout intacte et très saine. Le pilper pratiqué successivement de haut en bas et de bas en haut avec le plus grand soin sur toute l'étendue du membre, ne faisait découvrir aucune tumeur, aucune induration, aucune trace de corde noueuse, de ganglions engorgés ou indurés, en un mot, aucun vestige d'une dégénérescence quelconque. Partout la main éprouvait une sensation bien marquée de dureté et de rénitence. Sur le devant du genou, la rénitence était plus sensible que partout ailleurs; elle s'y trouvait unie à une certaine mollesse; on aurait cru presser une demi-sphère de caoutchouc à parois épaisses. La rotule était difficilement sentie. Sur la face interne du tibia, la peau, fortement distendue, donnait à la main, légèrement promenée sur la surface, une sensation d'aspérités fixes et imbriquées les unes sur les autres, comme si des lamelles épidermiques s'étaient soulevées par un de leurs bords et rapprochées à la manière des dents d'une carde très fine. Cette particularité n'existait qu'en ce seul point. Le poids du membre était considérablement augmenté.

D'ailleurs, point de douleur; la sensibilité y était au contraire diminuée d'une manière notable. La malade y accusait une sensation de froid assez considérable. Depuis quelque temps, disait-elle, rien ne pouvait la réchauffer; elle y sentait à peine des fers chauds que la jambe saine ne pouvait supporter. Il existait en outre une gêne et une roideur assez marquées dans les articulations, surtout dans celle du genou.

Elisabeth B. était grande, bien constituée; toutes ses fonctions se faisaient bien, la santé générale ne paraissait altérée sous aucun rapport.

Les règles ayant paru le lendemain de son entrée, et ayant duré huit jours, le traitement ne fut commencé que le 9 août.

9 août. Je soumis la malade à l'usage d'une forte décoction de gaïac, à laquelle je fis ajouter un gramme de *daphné mezereum* à la fin de l'ébullition. Je prescrivis des douches de vapeurs, des frictions avec une pommade d'hydriodate de potasse tous les deux jours, trois quarts d'aliment et du vin. Je fis établir une compression permanente, au moyen d'un bandage roulé, depuis la racine des orteils jusqu'au pli de l'aine; cette compression n'était levée que tous les deux jours pour la douche et la friction. Repos absolu au lit.

Mensuration du 24 *août.*

	A droite.	A gauche.
Pli de l'aine	0,540	0,500
Milieu de la cuisse	0,505	0,460
Au dessus du genou	0,410	0,375

	A droite.	A gauche.
Sur le genou	0,395	0,350
Au dessous du genou	0.385	0,290
Milieu des mollets	0,390	0,310
Au dessus des malléoles	0,270	0,300
Sur les malléoles	0,290	0,230
Milieu du pied	0,250	0,220
Racine des orteils	0,230	0,225

Comme on le voit, sous l'influence du traitement l'amélioration a été considérable. Le membre a notablement diminué de volume ; sa forme naturelle se dessine maintenant partout, quoique sous des proportions encore exagérées; le gros repli si remarquable de la région tibio-tarsienne a complètement disparu.—Même traitement.

Mensuration du 22 septembre.

	A droite.	A gauche.
Pli de l'aine	0,530	0,500
Milieu de la cuisse	0,480	0,460
Au dessus du genou	0,400	0,375
Sur le genou	0,380	0,350
Au dessous du genou	0.360	0,290
Milieu des mollets	0,350	0,310
Au dessus des malléoles	0,250	0,200
Sur les malléoles	0,290	0,230
Milieu du pied	0,240	0,220
Racine des orteils	0,230	0,225

L'amélioration continue d'une manière évidente. A l'entrée, la différence moyenne en volume était de 0,109 ; actuellement cette même différence n'est plus que de 0,041 : c'est une diminution d'un peu plus de la moitié de la différence primitive déjà obtenue. On continue le traitement.

Du 15 octobre.

	A droite.	A gauche.
Pli de l'aine	0,525	0,506
Milieu de la cuisse	0,470	0,450
Au dessus du genou	0,395	0,370
Sur le genou	0,370	0,345
Au dessous du genou	0,350	0,285
Milieu des mollets	0,340	0,290
Au dessus des malléoles	0,230	0,180
Sur les malléoles	0,265	0,230
Milieu du pied	0,240	0,220
Racine des orteils	0,225	0,225

L'amélioration continue, quoique d'une manière moins tranchée que dans les premiers temps; le membre gauche a en outre un peu maigri.

Le traitement est continué sans interruption jusqu'au 27 novembre, où la malade sort, on peut dire, presque complètement guérie. La légère hypertrophie qui persiste encore sur le dos du pied, au niveau des malléoles, et sur le genou, disparaîtra sans nul doute par la compression, à l'aide d'un bas et d'un cuissard lacés, que la malade devra continuellement porter. Voici, du reste, l'état comparatif du membre le jour de la sortie.

Mensuration du 27 novembre 1841.

	A droite.	A gauche.
Pli de l'aine	0,505	0,500
Milieu de la cuisse	0,460	0,455
Au dessus du genou	0,370	0,370
Sur le genou	0,360	0,345
Au dessous du genou	0,300	0,285
Milieu des mollets	0,310	0,290
Au dessus des malléoles	0,205	0,180
Sur les malléoles	0,250	0,250
Sous les malléoles	0,220	0,200
Milieu du pied	0,230	0,220
Racine des orteils	0,225	0,225

Comme on le voit, la différence mérite à peine d'être notée.

La malade promet d'insister longtemps encore sur le traitement, ou au moins sur l'usage de la compression.

Cette observation présente quelques points remarquables. D'abord, c'est un exemple de la seule forme à laquelle l'on doive donner le nom d'*éléphantiasis des Arabes*. On a confondu en effet sous cette dénomination des intumescences produites par une foule de causes différentes, par un obstacle à la circulation veineuse, par des indurations, des hypertrophies du tissu cellulaire, à la suite d'ulcères, etc. La seule maladie qui doive porter le nom d'éléphantiasis des Arabes est celle qui a été parfaitement décrite par M. Alard; c'est une affection simultanée ou successive de la peau, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Suivant qu'au point de départ le siège est plus ou moins superficiel, que les accès sont plus ou moins aigus, les malades éprouvent, à des intervalles plus ou moins éloignés, des symptômes de l'érysipèle et présentent les phénomènes de l'angéioleucite, qui chaque fois laissent les parties malades plus volumineuses : Ou bien les progrès du mal sont lents, ce sont les vaisseaux ou les ganglions lymphatiques profonds qui sont primitivement malades; les accès sont si peu aigus, que les malades en ont à peine la conscience, et ce n'est que plus tard, quand le mal est déjà avancé, que surviennent les érysipèles. C'est aussi dans ce cas que la peau présente à son tour des

altérations plus ou moins profondes. — La malade qui fait le sujet de cette observation est un exemple de cette dernière forme. Le membre malade présentait très exactement les caractères assignés à cette affection, caractères qui l'ont fait désigner, dans quelques lieux, sous le nom de *jambe des Barbades*.—Enfin les résultats du traitement sont aussi dignes d'intérêt. J'ai vu plusieurs cas de ce genre; et après beaucoup d'essais, le traitement auquel a été soumise cette malade est celui avec lequel j'ai obtenu le plus d'améliorations, et le seul qui m'ait permis plusieurs fois d'obtenir une guérison complète. C'est principalement sous ce dernier rapport que je la publie ici.

SYPHILIDE SERPIGINEUSE, GANGRÈNE SPONTANÉE, MORT.

La nommé H. Ursule, âgée de 47 ans, journalière, demeurant à Belleville, barrière du Combat, née à Freisthorff (Meuse), est entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marie, n° 27, le 25 mars 1843.

Cette femme, d'une forte constitution, a toujours joui d'une bonne santé, elle dit n'avoir jamais été malade; menstruée à 17 ans, elle a toujours été réglée exactement; elle est dans son âge de retour depuis un an et demi, et cette époque s'est passée sans la moindre indisposition. Interrogée plusieurs fois sur les affections syphilitiques qu'elle pouvait avoir contractées, cette femme qui s'explique fort mal d'ailleurs a toujours assuré ne s'être jamais aperçue de rien; elle n'a vu ni *boutons*, ni *écorchures*, ni *plaies* aux parties; elle a été sujette aux flueurs blanches, mais sans la moindre douleur. L'affection qui l'amène présente cependant tous les caractères de la syphilis; elle consiste dans la présence de croûtes épaisses répandues sur le visage et la poitrine, au milieu de cicatrices en couture, profondes. Ces croûtes, et ces cicatrices, jointes à la teinte particulière, rouge-brunâtre, des parties environnantes, trahissaient suffisamment une syphilide serpigineuse.

Les croûtes épaisses, verdâtres, rugueuses, comme rocailleuses, étaient étalées en trois larges plaques principales et nettement terminées sur le devant de la poitrine; celle qui occupait le côté droit du mamelon gagnait la clavicule du même côté, présentant vers sa plus grande largeur environ deux centimètres et demi. Celle du milieu plus irrégulière, occupait la partie supérieure du sternum et s'étendait jusqu'à la fourchette de cet os. A gauche existaient de petits îlots croûteux séparés par les cicatrices caractéristiques déjà décrites. Enfin, à la face, les croûtes avaient une disposition tout à fait irrégulière; elles existaient à la commissure droite, surtout à la lèvre supérieure: à gauche de la commissure, elles s'étendaient jusqu'à l'aile du nez; le menton était bridé de cicatrices; de la joue gauche, d'autres croûtes s'étendaient à toute la tempe et à la partie du front; à droite elles existaient en moins grande quantité; les paupières supérieures et inférieures étaient largement ulcérées à leurs bords libres, il n'existait plus aucun cil; les plaies, d'un rouge vif, empêchaient l'occlusion complète des paupières, et la conjonctive était légèrement enflammée. La malade nous apprit que son affection avait commencé il y a près de six ans, aux endroits où se voient les cicatrices, par des *boutons* qui se sont transformés en plaie; elle avait négligé sa maladie, légère au début; plus tard, elle avait appliqué des cataplasmes *et bu de la tisane;* cette malade, je le répète, rendait du reste fort mal compte de ce qu'elle avait éprouvé, et ne pouvait nous donner aucun renseignement positif sur ce qu'on lui avait conseillé.

Entrée le 15 mars dans nos salles, elle ne fut pas soumise immédiatement à un traitement spécial; ses fonctions d'ailleurs étaient dans un état parfait d'intégrité, l'appétit était bon et la digestion facile. Le 30 mars, elle commença à prendre une pilule de protoiodure de mercure de 25 milligr., et pour tisane une décoction de salsepareille. Le 2 avril, elle prit une pilule matin et soir. Le 10, 3 pilules, même tisane, même régime. Le 15, il y avait déjà une amélioration notable, la teinte des parties environnantes était manifestement modifiée; quelques croûtes de la lèvre supérieure, aux commissures droite et gauche, étaient tombées et les surfaces cicatrisées; la malade supportait bien d'ailleurs le traitement. —3 pilules, même tisane, même régime.

Le 23, la malade qui allait de mieux en mieux, se plaignit de douleurs d'estomac, elle avait un peu de dévoiement, pas de fièvre. On suspendit le traitement;—tisane de riz, 1/2 lavement amidonné, deux soupes, deux portions.

Cet état persista quatre jours, la malade fut remise au traitement le 30 avril.—1 pilule. Salsepareille. Deux soupes et cinq portions (2—5).

Le 2 mai, 2 pilules. Même régime.

Le 9, la malade allait aussi bien que possible, les croûtes de la lèvre supérieure et de

l'aile gauche du nez étaient tombées, celles de la tempe gauche et du front se raccornissaient, diminuaient d'étendue; l'œil gauche seulement était plus malade. 3 pilules.—Salsep.—Collyre émollient. (2—5.)

Le 17, les coliques et le dévoiement ont reparu. Inappétence, pas de fièvre. Traitement suspendu. Eau de riz, avec le sirop de coings, deux 1/4 lav. amid. et laudan.-collyre. (2—2.)

Le 20, à peu près même état, même prescription.

Le 28, la malade redemanda elle-même le traitement, se trouvant mieux. 1 pil. — salsep. (2—5.)

1er juin, 2 pilules. — L'amélioration de la face était remarquable, les croûtes du thorax s'étaient moins sensiblement modifiées.

Le 4 juin, 3 pilules, salsep.

Le 5, la malade fut de nouveau prise de douleurs de ventre, de fatigue dans tous les membres; du reste pas de dévoiement, ni fièvre. Traitement suspendu. Mauve, sucrée. (2—2.)

8 juin. Soif très vive, langue nette, un peu sèche; pas de fièvre. Deux pots de limonade citrique.— chiend. suc. — coll. (2—2.)

12. Dévoiement, 4 selles la nuit, quelques coliques, peu de sommeil, pouls un peu plus fréquent. Riz, gom. suc. avec sir. de coings. Riz, gom. diacodé, cat. laud., lav. laud. amid.

16. Soif très vive, dévoiement modéré, un peu de fièvre. Gom. suc. 4 pots: — jul. gom.— cat. — lav. laud.

18. Le dévoiement avait cessé, la malade était très altérée. Chiend. rég. 4 pots,—jul. gom. cat. — lav.

24. 3 selles liquides la nuit, à peu près même état d'ailleurs. Soif très vive, pouls assez fréquent. Tis. de grande consoude 4 pots, jul. gom. lavem. amid. et laud.

26. Peu de sommeil, douleurs de ventre, deux selles liquides. Même tisane, 4 pots ne lui suffisent pas. 1 pilule d'op. de 0,02, lav. amid.

Ce traitement fut suivi jusqu'au 3 juillet, la malade était beaucoup plus faible; le pouls plus fréquent; pour la première fois elle accusa une vive douleur dans la jambe droite; il n'y paraissait rien, et à la main nous ne fûmes pas frappés d'un abaissement de température. Grande consoude.—1 bouteille d'eau de Passy, lav. laud.

5. Même état, la douleur de la jambe persistait, il n'y avait ni rougeur, ni gonflement; la pression n'augmentait pas la douleur; il y avait eu 3 selles liquides; pouls petit, faible et fréquent. Orangeade, limon. vineuse; on donnera deux cuillerées du mélange suivant:

Iodure de potassium,		2 gram.
Sirop de tolu,	aa	60 gram.
id. diacode,		

—Lavem. avec thériaque, 2 gram.

6. Amaigrissement, altération des traits remarquable, douleur vive à la jambe, qui est d'une teinte ardoisée à la partie antérieure et inférieure: membre froid; on ne percevait plus les battements artériels des tibiales postérieures; pouls faible et fréquent. *gangrène spontanée.* — 2 pilules d'opium. La jambe sera entourée de sachets de sable chaud et de plantes aromatiques.

7. Même état, teinte violacée et marbrures plus prononcées, membre froid, douleurs vives; même traitement.

8. Pouls misérable, la teinte noirâtre de la peau est la même, même traitement.

9. La malade meurt.

Autopsie. — Les marbrures de la jambe, de violacées, rouge-brunâtres qu'elles étaient, sont devenues d'un rouge-clair; point d'ecchymose sous le derme. Les muscles de la jambe au dessous des parties colorées sont d'un rouge pâle, ramollis manifestement, et se laissent facilement déchirer. Il n'y a ni gonflement, ni infiltration séreuse du membre. Les vaisseaux sont examinés avec soin depuis l'arcade crurale.

Veines. — Le sang est figé en caillot dans la veine à cinq centimètres au dessous de l'arcade crurale; les caillots ont peu de consistance, mais celle-ci augmente à mesure qu'on gagne le creux poplité; à la jambe les veines et toutes leurs subdivisions sont remplies et distendues par des caillots mieux formés et plus anciens. Les parois veineuses ne paraissent point enflammées; il n'y a point d'injection des vasa-vasorum, point d'adhérence des caillots aux parois qui ne sont ni dépolies, ni rugueuses.

Artère. — Elle ne contient pas de sang dans le tiers supérieur de la cuisse; à 4 travers de doigt au dessus de l'anneau du troisième adducteur, caillot non adhérent aux parois artérielles; il devient plus organisé vers le creux poplité, et dans cette région au niveau de l'articulation fémoro-tibiale, le calibre de l'artère est rétréci; un caillot très consistant la remplit exactement, il adhère intimement aux parois qui sont dépolies, légèrement rugueuses; les petits vaisseaux des parois artérielles et la gaîne cellulaire sont injectées et forment des arborisations multipliées. Au même niveau articu-

laire, et adhérent à l'artère par du tissu cellulaire et sans communiquer avec elle, un kyste de la grosseur d'une amande, rempli d'une matière semi-fluide gélatiniforme. L'artère rétrécie dans le creux poplité dans l'étendue de 3 centimètres, paraît reprendre son volume normal au dessous; elle est toujours distendue par des caillots qui en remplissent toutes les branches.

Cœur. — Flasque, flétri, d'un petit volume; cavités droites, pleines de caillots semi-fluides.

Poumons. — Sains.

Intestins. — Plaques vasculaires, arborisations très marquées vers le commencement du jéjunum; à 50 centimètres au dessus de la région cœcale, plaques de Peyer plus développées, mais sans ulcérations; il existe une exsudation membraneuse au niveau de ces plaques et une injection très marquée les environne.

Cette altération ne s'étend pas tout à fait jusqu'à la valvule cœcale, le gros intestin présente vers sa partie moyenne des plaques enflammées avec arborisations vasculaires très prononcées dans une étendue de 10 à 12 centimètres.

Le foie, la rate, les reins, ne présentent aucune altération.

Le cerveau n'a pas été examiné.

On trouve dans l'observation de la malheureuse H....., un nouvel exemple de l'importance qu'il y a pour le médecin à pouvoir porter un diagnostic, surtout en matière de syphilis, en l'absence de toute espèce de renseignements. Ici, comme cela arrive souvent chez les femmes, c'est une malade dont l'attention pouvait bien, en effet, n'avoir jamais été fixée sur des symptômes primitifs plus ou moins passagers. Elle avait d'ailleurs éprouvé des *flueurs blanches*. D'un autre côté, il était extrêmement difficile de se faire comprendre : ici donc les renseignements étaient tout à faits négatifs. Heureusement, les caractères de la maladie étaient écrits en assez grosses lettres pour qu'il ne fût pas permis de se tromper. Il y a des cas où le diagnostic n'est pas toujours aussi facile, surtout dans la pratique particulière, alors qu'il n'est pas même permis au médecin de chercher à s'éclairer : il importe donc de s'habituer à trouver dans les moyens seuls de son observation la raison de son diagnostic.

Cette observation présente encore un de ces cas dans lesquels l'heureux effet du proto-iodure de mercure est d'une promptitude extraordinaire. Ainsi, cette éruption affreuse, qui datait de six ans, était déjà tellement améliorée le treizième jour du traitement, que ceux qui l'avaient vue avant l'entrée de la malade dans nos salles, en étaient frappés, et plus tard, sans les cicatrices qui sillonnaient le visage, on aurait à peine voulu croire que c'était la même personne.

Malheureusement, le traitement fut entravé par des accidents graves qui ont entraîné la mort, accidents insolites, à marche insidieuse, et qui aujourd'hui encore nous laissent un grand doute sur la cause à laquelle il faut les rapporter.

La malade a succombé à une gangrène, dite spontanée, résultat d'une artérite, et même pour le dire en passant, elle a présenté cette forme remarquable dans laquelle il est permis de croire à une maladie simultanée et des artères et des veines, dernière affection qui se traduisait surtout par les marbrures de la jambe, marbrures qui se seraient changées probablement en phlyctènes, si le mal avait duré plus longtemps : mais l'autopsie a d'ailleurs justifié cette opinion. La maladie qui a avancé si promptement la mort, a marché d'une manière insidieuse, liée à une diarrhée légère qui n'expliquait pas d'ailleurs l'état général, et surtout à cette polydipsie qui tourmentait la malade, etc. Elle m'a laissé dans une grande incertitude sur la nature de ces accidents, que j'étais disposé à rapporter à une cachexie syphilitique, jusqu'à ce qu'elle se fut traduite par des symptômes évidents trois jours avant la mort. Mais quelle a été la cause de cette complication devenue si funeste ? — Une influence accidentelle? elle est restée inappréciable. — Le mode de traitement? mais jusqu'alors il n'y a pas d'exemple qui permette d'attribuer un pareil résultat au protoiodure de mercure, qui souvent est administré à des doses beaucoup plus élevées (la malade n'en a jamais pris plus de huit centigrammes par jour; le plus souvent elle en a pris moins). — Est-ce l'effet de la syphilis elle-même? cette opinion vers laquelle je penche, ne peut être fixée que par des faits : plus tard d'autres observations viendront peut-être se grouper à côté de celle-ci, pour éclairer cette question aujourd'hui si douteuse.

REVUE.

PELLAGRE. — M. Théophile Roussel, interne à l'hôpital Saint-Louis, a adressé à l'Académie des Sciences (séance du 17 juillet 1843), la lettre suivante :

« Dans le courant du mois de juin 1842, au retour d'un voyage en Italie, je rencontrai dans une des salles de M. Gibert, auprès duquel je remplissais les fonctions d'interne, une malade dont l'état, peu grave en apparence, embarrassait beaucoup ceux qui l'examinaient avec attention. Son aspect éveilla dans mon esprit le souvenir de la pellagre, que j'avais souvent observée; mais l'opinion dans laquelle j'étais alors, que cette terrible maladie n'existait pas en-deçà des Alpes, me fit repousser l'idée que j'avais une pellagreuse sous les yeux. L'histoire des antécédents m'avait déjà ébranlé cependant et me forçait à céder à l'évidence, lorsque le mal prit lui-même une marche qui rendit le doute impossible, et ne permit que trop tôt d'avoir une observation complète, formant un tableau des plus accentués d'une affection qu'on ne saurait confondre avec aucune autre.

« Voulant me montrer aussi réservé qu'on doit l'être en présence d'un fait unique, quelque incontestable qu'il paraisse, lorsqu'il se trouve en dehors des idées reçues, je ne communiquai point cette observation à l'Académie; je crus devoir commencer par la signaler aux praticiens, persuadé que, si l'attention était suffisamment éveillée, de nouveaux cas ne tarderaient pas à se présenter et à donner plus de prix à cette première observation, qui fut publiée dans la *Gazette médicale*.

« Mon attente n'a pas été déçue. Le printemps, qui fait renaître les symptômes de la pellagre, a ramené deux pellagreux à l'hôpital Saint-Louis : le premier, entré dans le service de M. Gibert le 15 mai, a succombé le 5 juillet, et son histoire, qu'il ne m'appartient pas de retracer ici, ne laisse aucun doute sur la nature de sa maladie; le second se trouve en ce moment dans le service de M. Devergie, et l'état peu avancé de son affection fait espérer qu'on pourra l'observer encore pendant plusieurs années.

« Ceux qui connaissent la gravité de la pellagre comprendront toute l'importance de la révélation qui nous est faite par les trois observations précédentes; et ceux qui savent combien cette maladie est complexe dans ses symptômes et trompeuse dans sa marche ne s'étonneront guère qu'elle n'ait pas été remarquée plus tôt parmi nous.

« Les premiers Italiens qui l'observèrent et la crurent nouvelle ne tardèrent pas à s'apercevoir que, si elle n'était pas aussi ancienne que le soleil, comme le disait Albéra, elle avait existé au moins fort longtemps avant d'être reconnue.

« Mais aujourd'hui l'observation vient singulièrement agrandir l'histoire de cette maladie, et permet de la présenter sous son jour le plus véritable.

« La pellagre n'est point une maladie endémique, particulière à certains climats du versant méridional des Alpes; elle n'est pas nouvelle.

« C'est une affection très généralement répandue, et dont il est facile de démontrer l'existence dans une grande partie de l'Europe; c'est une affection ancienne, qui ne pouvait être bien connue qu'à une époque où la science du diagnostic aurait acquis une grande précision.

« La première observation de pellagre appartient au médecin français Thierry, qui l'observa pendant son voyage en Espagne avec le duc de Duras, et qui la décrivit en 1755, sous le nom de *Mal de la Rosa*.

« Cerry et M. Rayer ont déjà signalé l'analogie frappante qui existe entre la maladie décrite par Thierry et la pellagre lombarde, qui sont en réalité deux variétés de la même affection.

« La pellagre a été observée dans le midi de la France en 1818. La maladie endémique dans le bassin d'Ascachou, décrite en 1819 par le docteur Hameau, et connue sous le nom du *mal de la Teste*, est une variété de la pellagre. En résumé, toutes les observations éparses dans la science montrent l'affection pellagreuse existant, avec quelques nuances diverses, suivant les climats, en Espagne, en Italie et en France, offrant partout la même marche et les mêmes traits caractéristiques, partout sévissant sur la population pauvre et laborieuse des campagnes, et partout se développant sous deux formes distinctes : 1° comme maladie endémique, dans certaines localités, qui présentent des conditions d'insalubrité encore mal appréciées, comme les collines de la Briauze dans le Milanais, les Asturies d'Oviedo et les landes de Gascogne; 2° sous forme *sporadique* dans un

grand nombre de contrées, où l'action des causes morbides n'est pas généralisée.

« C'est sous la première forme qu'elle présente les symptômes les plus caractérisés, qu'il était le plus facile de la reconnaître, et qu'elle a été d'abord reconnue.

« C'est sous la deuxième forme qu'on la voit s'étendre sur presque toute l'Italie, se montrer au nord des Alpes, comme l'ont vue Buniva et ses élèves, et jusqu'au centre de l'Allemagne, jusqu'à Vienne, où Careni prétend l'avoir rencontrée; c'est sous la même forme qu'elle est en Espagne, et particulièrement en Castille, ainsi que cela résulte d'une observation de Thierry; c'est enfin sous forme sporadique qu'elle vient de se montrer parmi la population pauvre des environs de la capitale; car il est remarquable que les pellagreux de l'hôpital Saint-Louis habitaient tous trois la banlieue.

« Les seules différences importantes que présente la pellagre suivant le climat, dépendent du degré d'intensité des symptômes cutanés ; et cette différence d'intensité s'explique très bien, si l'on admet l'opinion à peu près unanime des Italiens, que l'affection de la peau est sous la dépendance de l'action solaire. C'est sous le soleil des Asturies que la plaque érythémateuse, qui a fait donner à la maladie le nom de *mal de la rosa*, se recouvre de plaques épaisses; rarement l'affection cutanée atteint ce degré en Lombardie, où le plus souvent l'érythème se recouvre d'écailles, de fentes, de gerçures plus ou moins profondes; enfin, dans la pellagre aux environs de Paris, l'altération cutanée paraît être encore plus légère.

J'espère pouvoir soumettre plus tard ces propositions à l'Académie avec un cortège plus imposant de faits, et avec des développements proportionnés à l'importance des sujets. »

(*Gazette médicale*, T. XI, N° 29.)

Cette communication faite à l'Académie des sciences par M. Roussel, interne distingué de l'hôpital St-Louis, a certainement une grande importance; et malgré l'opinion généralement admise jusqu'alors, que la pellagre était une maladie endémique particulière à certains pays du versant méridional des Alpes, on comprend qu'une observation plus éclairée, une connaissance généralement plus approfondie des maladies de la peau, permettent de distinguer aujourd'hui des affections qui jusqu'ici auraient passé inaperçues. On comprend surtout qu'un jeune médecin qui vient d'étudier de ses yeux la pellagre, dans les pays où elle est très commune, comme l'a fait M. Roussel, puisse prononcer avec une certaine autorité devant ceux qui ne la connaissent que par les relations qu'ils en ont lues... Ceci est une pellagre... D'un autre côté, avant d'établir l'existence, jusqu'ici inaperçue parmi nous, de cette maladie si grave, à forme si tranchée, à caractères spéciaux, si bien décrits par quelques auteurs, et notamment par M. Brière de Boismont, il ne faut que des faits... et les faits doivent être faciles à constater. — Ainsi M. Roussel cite trois exemples : un qu'il a publié déjà, mais que prudamment il n'a pas trouvé *suffisant comme fait unique*, pour être communiqué à l'Académie; un autre qui s'est présenté dans le même service au printemps suivant, mais dont il ne lui appartient pas de retracer les détails, et enfin un troisième fourni par un malade, qui est actuellement dans le service de M. Devergie, et chez *lequel l'état peu avancé de l'affection fait espérer qu'on pourra l'observer encore plusieurs années*.

Depuis cette communication, notre collègue M. Devergie a en effet entretenu l'Académie de médecine de ce malade. — C'est un homme actuellement bien portant, qui depuis plusieurs années a été déjà traité plusieurs fois à l'hôpital St-Louis, dans divers services, et une fois entre autres dans le mien pour un érythème de la face dorsale des mains. — Cette fois, il s'est présenté de nouveau avec la même affection ; et lors de son entrée à l'hôpital, cette affection aurait coïncidé avec quelques troubles cérébraux, des vertiges, des étourdissements, etc.

Jusque-là, il faut bien le dire, nous voyons des observations dans lesquelles des accidents cérébraux, quelquefois des accidents diarrhéiques coïncident avec un érythème des mains. Les accidents semblent quelquefois s'être reproduits plusieurs années de suite. Mais cette marche si remarquable de la pellagre, cette succession réguliere de phénomènes différents; les désordres cérébraux permanents au bout de quelques années, enfin, cette physionomie spéciale de la maladie, telle que nous la dépeignent les auteurs, jusqu'alors je ne la retrouve pas, il faut le dire, complètement établie. Cependant le jour meme où M. Devergie présentait son malade à l'Académie de médecine, M. Léon Marchand a lu un mémoire fort intéressant, dans lequel il présente le ré-

sultat d'un grand nombre d'observations recueillies par lui et par plusieurs de ses confrères. D'après M. Marchand, la pellagre serait endémique dans les Landes, comme elle l'est dans le royaume Lombardo-Vénitien. — Les descriptions qu'il en donne, se présentent cette fois exactement avec tous les caractères que lui ont assignés les auteurs qui ont observés la pellagre en Italie... Je ne connais qu'imparfaitement encore ce travail qui soulève des questions les plus importantes. — Un rapport en sera fait à l'Académie. Je me propose d'y revenir plus tard, comme aussi sur les observations isolées qui auraient été faites à Paris. Jusque-là, en répétant que la communication de M. Roussel est digne du plus grand intérêt, j'ajouterai qu'il faut autant se mettre en garde contre les illusions d'une fausse analogie, que contre le scepticisme qui s'obstinerait à ne pas croire à un fait, par cela seul qu'il serait isolé et en dehors des idées généralement reçues.

CACHEXIE SYPHILITIQUE. — *Emploi de l'arsenic contre la syphilis invétérée, par Sicherer, de Heilbrunn.*

Une dame fut infectée par son mari sans s'en douter aucunement, et elle parcourut tous les stades de la syphilis jusqu'à ce point d'être réduite à un véritable état de marasme, et d'attendre la mort pour ainsi dire à chaque instant. Elle avait le palais et les organes de la dégustation détruits, de manière qu'elle pouvait à peine avaler une très petite quantité de liquide, et encore fallait-il, pour cela, qu'elle se tînt dans la position couchée.

M. le docteur Sicherer considérant la position de cette malade comme tout à fait au dessus des ressources de l'art, et sachant que tous les remèdes avaient été inutilement employés, soit par lui, soit par d'autres, crut devoir recourir à l'emploi de l'arsenic. En conséquence, il prescrivit la teinture de Fowler, qu'il administra d'abord à la dose de deux gouttes, en ayant soin d'augmenter chaque fois progressivement, de manière à arriver à trente gouttes, trois fois par jour. Le traitement fut continué jusqu'à ce que la malade eût pris environ soixante grammes de la solution arsénicale.

Le succès fut tellement brillant que la malade se trouva complètement débarrassée de son affection et qu'elle recouvra la faculté d'avaler. Il y a dix ans maintenant que cette guérison a été obtenue, et la personne qui fait le sujet de cette observation a atteint l'âge de quarante-six ans, sans avoir jamais rien éprouvé depuis cette époque. (*Gazette des Hôpitaux*, 6 juin 1843.)

Ce fait, s'il n'y a pas erreur, à part le résultat remarquable, est extraordinaire, par rapport aux doses du médicament. L'expérience m'a démontré, en effet, qu'il était prudent de ne pas dépasser douze gouttes par jour, et que l'on ne pourrait aller beaucoup au-delà sans accidents.

EXORBITISME SYPHILITIQUE. — *Guérison par les pilules de Sédillot.*

Une femme d'une soixantaine d'années entre à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier (service de M. Serre) pour un exorbitisme : l'œil était repoussé presque complètement hors de sa cavité, et tombait sur la joue ; les paupières formaient au dessus et au dessous deux bourrelets saillants, tendus, volumineux. Le globe de l'œil était sain, et paraissait repoussé d'arrière en avant par une tumeur développée dans l'orbite ; mais il était si difforme, et la malade souffrait tant, qu'on allait en venir à l'extirpation, quand on eut l'idée de demander à cette femme si elle n'avait jamais eu de maladies vénériennes. On apprit qu'elle avait sur la peau des boutons suspects ; qu'elle éprouvait dans le crâne, au dessus de l'œil, des douleurs plus vives la nuit que le jour ; que des douleurs ostéocopes se manifestaient aussi dans quelques autres points. C'en fut assez pour tenter une dernière ressource ; on prescrivit les pilules de Sedillot, et on ne fut pas peu étonné de voir l'œil revenir peu à peu à sa place, les douleurs disparaître, et la malade sortir parfaitement guérie.

(*Clinique de Montpellier*, 15 mai 1843.)

FORMULES *des principaux médicaments employés dans les observations rapportées aux pages* 24-27.

DÉCOCTION DE GAÏAC ADDITIONNÉE.

R. Gaïac rapé, 60 grammes.
Eau, 1250 grammes.
Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers.—
Ajoutez à la fin de l'ébullition :
Daphné mesereum, 1 gramme.
Passez. — Quatre verres par jour.

PILULES DE PROTOIODURE DE MERCURE.

R. Protoiodure de mercure, 1 gramme.
Thrydace, 2 grammes.
M. Pour faire quarante pilules. — De *une* à *quatre* par jour.

Paris.—Imp. Félix Locquin, 16, r. N.-D. des Victoires.

1re ANNÉE. — 1er VOLUME. — N° 2. — SEPTEMBRE 1845.

ANNALES
DES
MALADIES DE LA PEAU
ET
DE LA SYPHILIS.

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE SIÈGE ANATOMIQUE DES MALADIES DE LA PEAU. DES INDICATIONS QUE LA CONNAISSANCE DE CE SIEGE PEUT FOURNIR SUR LA NATURE DE CES AFFECTIONS ET SUR LE TRAITEMENT QUI LEUR CONVIENT.

(2e Article.)

Si l'on cherche à appliquer ces données générales aux cas particuliers, on verra que, sans se départir de la réserve avec laquelle on doit s'avancer dans cette voie encore peu frayée, il est possible de trouver déjà, à côté de points démontrés, des aperçus d'une probabilité si grande qu'il ne faut plus que peu de chose pour en faire une vérité.

Examinons donc rapidement les diverses lésions élémentaires autour desquelles viennent se grouper les formes si variées des maladies de la peau. Voyons si, dès à présent nous ne pourrions pas trouver, dans le siége probable ou évident des taches *exanthématiques*, des *vésicules*, des *papules*, etc., autant de guides que nous nous sentirions disposés à suivre avec confiance, pour scruter la cause, la nature intime de ces affections, pour découvrir le traitement qui leur convient.

Les *exanthèmes* sont constitués par des taches plus ou moins étendues, avec ou sans gonflement, avec ou sans chaleur bien appréciable, etc., mais toujours rouges, et présentant pour caractère essentiel, la disparition momentanée de cette rougeur sous la pression du doigt. Ces caractères ont depuis longtemps fait penser que leur siége était dans le réseau vasculaire. Ici on trouve les attributs qui appartiennent à cette forme morbide, connue sous le nom d'*inflammation* : afflux du sang, congestion des vaisseaux, rougeur évidente, tuméfaction, etc.; puis, enfin, divers produits de cette inflammation non spéciale, depuis la simple exfoliation épidermique, jusqu'à la formation du pus. Les choses se comportent différemment d'ailleurs, suivant quelques circonstances diverses: Que l'exanthème soit idiopathique, ou symptômatique d'un état général plus ou moins grave, que ce soit un érythème ou une rougeole, ou un érysipèle...; ou bien tout se passe anatomiquement dans le réseau vasculaire et le tissu cellulaire cutané; tous les autres appareils de la peau sont refoulés pour ainsi dire, toutes les fonctions se taisent, la congestion sanguine a pris la place de tous; c'est une rougeur plus ou moins étendue, etc...; ou bien la scène ne se passe plus seulement dans le réseau vasculaire, et soit que l'exanthème subisse quelque complication, soit qu'il complique lui-même une autre affection; de nouveaux phénomènes étrangers à l'exantheme proprement dit apparaissent, différents d'ailleurs suivant

l'autre partie constituante de la peau qui est affectée. C'est ainsi que dans l'érysipèle les vaisseaux lymphatiques, les canaux sudorifères, peuvent être envahis par l'inflammation, qui se traduit alors par des collections de sérosité, par la sécrétion d'un liquide albumineux, purulent, par des vésicules, des bulles, des croûtes, etc. C'est ainsi que dans une forme vésiculeuse, l'*eczema rubrum*, il y a à la fois inflammation des canaux sudorifères, et congestion, inflammation du réseau vasculaire de la peau. C'est ainsi que dans certains exanthèmes, l'urticaire, l'érythème papuleux, c'est surtout le réseau vasculaire, qui accompagne ou qui concourt à former la papille qui est le siège de l'inflammation : ce qui est révélé par la forme de l'éruption, l'élévation circonscrite que l'on y remarque, le prurit qui l'accompagne, et qui trouve son explication naturelle dans la part nécessaire que prend l'élément nerveux de la papille.

Enfin, l'on comprend que pour peu que cette congestion, cette inflammation du réseau vasculaire, du tissu cellulaire cutané, soit intense, pour peu qu'elle soit profonde, étendue, persistante, toutes les parties qui concourent à former la peau seront plus ou moins complètement envahies, et que chacune d'elles viendra prendre part au désordre : c'est ce que l'on voit pour certains érysipèles, pour l'érysipèle phlegmoneux.

Il résulte de tout cela que, en général, la forme, la nature des exanthèmes est celle de l'inflammation proprement dite, de l'inflammation simple, avec ses caractères habituels. Qu'en mettant à part les complications, et, bien mieux encore, les affections spéciales, ce sont des inflammations franches, à marche aiguë, reconnaissant plus souvent pour causes celles des inflammations en général, et ne présentant pas d'indications thérapeutiques particulières.

Les *éruptions vésiculeuses* sont caractérisées, elles, par la présence de petits soulèvements de l'épiderme, formés par une légère collection de sérosité transparente. Ce sont de petites perles, si je puis dire ainsi, remplies par un liquide incolore. Dans quelques circonstances, ces petites perles déchirées sont remplacées par une sécrétion plus ou moins abondante de sérosité, à laquelle elles semblaient opposer une espèce de digue. Si l'on examine avec la loupe, ou même à l'œil nu, ces petites vésicules, il est facile de voir qu'elles ne sont qu'une espèce de renflement, d'ampoule, à l'extrémité d'un pertuis que l'on distingue quelquefois d'une manière évidente. Dans d'autres circonstances, dans l'éczéma aigu, souvent les vésicules ne se sont pas reformées, alors que la sécrétion de sérosité continue, et l'on voit distinctement sur une surface rouge, à chaque place isolée, où tout à l'heure étaient les vésicules, une petite gouttelette de ce liquide bien transparent, au travers duquel on aperçoit l'orifice du petit conduit, par les parois duquel elle semble encore retenue. Plus tard, enfin, dans l'eczéma chronique, alors que l'épiderme, complètement ramolli, ne se reforme plus depuis longtemps, alors que les surfaces malades sont baignées continuellement par une sérosité des plus abondantes, on voit sur une surface d'un rouge pâle, qui conserve souvent l'impression des linges qui l'ont recouverte, on voit, dis-je, une multitude de petits points, de légers enfoncements, qui sont autant d'orifices, que l'on distingue souvent très bien, d'autant mieux qu'ils sont quelquefois évidemment béants, dans l'épaisseur de la peau, complètement ramollie elle-même.

Les vésicules me paraissent donc avoir évidemment leur siège à l'extrémité des conduits sudorifères, et les affections vésiculeuses me paraissent être une lésion de l'appareil sudoripare. Ou bien la maladie développée accidentellement est pour ainsi dire superficielle, à l'extrémité du conduit même, c'est ce qui a lieu dans la gale, dans l'herpès, dans l'eczéma simple; c'est un simple renflement de l'extrémité du conduit sudorifere; il semble qu'il y ait quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans certaines formes de l'acné, dans l'*acne punctata* par exemple; ou bien il y a en même temps inflammation du réseau vasculaire; c'est ce qui a lieu dans l'eczéma rubrum : ou bien encore, dans l'eczéma impétigineux, il y a en même temps et lésion des conduits sudorifères et lésion des vaisseaux lymphatiques, analogue à celle qui constitue l'impétigo, comme nous allons le voir tout à l'heure. Enfin la maladie peut être plus profonde encore; il y a alors lésion de tout l'appareil sudoripare, c'est ce qui arrive dans l'eczéma chronique.

Si maintenant nous appliquons les données fournies par l'observation directe, à l'étude de l'eczéma par exemple, nous verrons qu'elles peuvent conduire à des considérations pratiques d'une véritable importance. Nous comprendrons comment l'eczéma est de toutes les maladies de la peau, celle qui peut se présenter dans les conditions les plus différentes de cause, d'acuité, de durée, etc. — Nous verrons que la même maladie, cette affection vésiculeuse de la peau, peut être un mal tout accidentel, résultant de causes directes, d'applications irritantes, mal tout superficiel, dont le traitement est simple, dont la durée est courte; que dans d'autres circonstances lésion d'un appareil de première importance dans l'ordre physiologique, survenue en dehors de toute cause accidentelle locale, extérieure, cette éruption trahit un trouble plus ou moins profond de l'économie, qu'elle n'est que le retentissement à la peau de désordres intérieurs, qu'elle remplace une autre maladie plus ou moins grave, plus ou moins incommode, qu'elle succède à une autre sécrétion normale ou morbide; que c'est un mal devant lequel il faut s'arrêter, pour se demander d'abord s'il est actuellement opportun de le guérir, et dont il faut aller chercher, dans tous les cas, les moyens de guérison dans la connaissance du trouble qui le produit, du mal qu'il a remplacé, du désordre intérieur qui l'entretient, etc.

Nous verrons que dans certains cas cette maladie bien ancienne, cette sécrétion habituelle, a fini par prendre droit de domicile, et que devenue constitutionnelle elle rentre dans la catégorie de celles contre lesquelles nous ne pouvons encore diriger aujourd'hui que des moyens empiriques.

On retrouve des indications analogues dans les formes *pustuleuses*, ou plutôt dans quelques unes d'entre elles. Les pustules constituées aussi par un soulèvement de l'épiderme, mais produit cette fois, non plus par une sérosité transparente, mais bien par un liquide épais, par du pus, n'ont pas toujours le même siège. Un grand nombre occupent évidemment les follicules, et si elles ont quelques caractères communs, qui consistent dans leur isolement, leur forme bien arrondie, leur enchâssement, pour ainsi dire, dans l'épaisseur de la peau, etc.; elles présentent aussi des différences bien marquées, différences qui tiennent à quelques particularités secondaires de leur siège; mais ce sont là des détails sur lesquels je puis d'autant moins m'arrêter ici, que l'anatomie des follicules ne nous permettrait pas encore de les éclairer d'une manière satisfaisante; il me suffit d'établir que certaines affections pustuleuses ont évidemment leur siège dans les follicules, ainsi l'*acné*, le *sycosis*, le *favus*, probablement l'*ecthyma*.

Mais il y a une forme pustuleuse qui présente la plus grande analogie avec l'eczéma, et dans sa marche, et dans ses variétés, et aussi sous le rapport de son siège..... Je veux parler de l'*impétigo*, qui consiste dans une inflammation avec hypersécrétion de l'appareil lymphatique de la peau. Ici on ne peut pas, comme dans l'eczéma, constater aussi facilement *de visu*, le siège de la pustule, d'abord à cause de son défaut de transparence, et ensuite parce que plus tard le liquide sécrété se coagule toujours en croûtes sur la surface malade; mais la nature même de ce liquide, mais l'observation attentive des phénomènes, et dans l'impétigo pur, et dans les formes mixtes, dans l'eczéma impétigineux par exemple, la comparaison des faits m'ont conduit à regarder l'impétigo comme ayant son siége dans le réseau lymphatique de la peau. Si je ne craignais de m'étendre sur des particularités, sur lesquelles je reviendrai plus tard d'une manière plus opportune, je rappellerais que l'impétigo est surtout une maladie de l'enfance et de la jeunesse; qu'on l'observe chez les individus à tissus blancs, à peau fine, d'un tempérament lymphatique. Je dirais que, depuis long temps déjà, et, à part les moyens topiques qu'elle peut réclamer, je me suis habitué à diriger contre cette maladie pustuleuse un traitement analogue à ceux auxquels j'avais recours pour combattre tout autre symptôme, qui traduisait à mes yeux l'exagération du tempérament lymphatique, et que j'ai obtenu les meilleurs résultats de cette manière de faire; mais je me tiens à dessein dans les généralités; les détails, je le répète, devant bien mieux trouver leur place dans des descriptions isolées.

S'il y a une forme des maladies de la peau, dans laquelle les conditions de siège soient en harmonie avec l'observation pathologique, dans laquelle on se rende un compte exact des phénomènes

observés, par la composition anatomique du tissu malade, c'est, sans contredit, la *forme papuleuse*. Deux caractères bien tranchés distinguent les éruptions papuleuses : la présence de petites élévations pleines, solides, saillantes, et un prurit plus ou moins fort, mais constant. Or, cette élévation saillante n'est autre chose que le développement anormal de la papille elle-même : développement que l'on peut apprécier facilement depuis cet état de chair de poule permanent, si je puis dire ainsi, que l'on observe chez certains individus, surtout à la face externe des bras, jusqu'aux larges papules du prurigo. Mais rappelons-nous un instant la composition anatomique des papilles de la peau, et nous y retrouverons l'explication des phénomènes nombreux et remarquables, d'ailleurs, que l'on observe dans les affections papuleuses.

Le corps papillaire est composé de filets nerveux, de vaisseaux sanguins, d'une couche épidermique, qui emboîte chaque papille en forme d'étui. A chacun de ces trois éléments correspondent des symptômes différents. D'abord, le phénomène dominant, c'est le prurit. Aussi constitue-t-il le caractère des affections papuleuses, caractère essentiellement nerveux. Tout le monde sait jusqu'où peut aller le symptôme nerveux, connu généralement sous le nom de prurit, et dans le lichen, et dans le prurigo. On sait que l'on a désigné sous cette dernière dénomination, sous le nom de prurigo podicis, de prurigo de la vulve, des affections caractérisées seulement par de la démangeaison, et dans lesquelles l'examen le plus minutieux ne saurait faire découvrir le moindre *bouton*. Dans le plus grand nombre des cas, les papules conservent la couleur de la peau, et le réseau vasculaire ne prend part à la maladie, que par une légère congestion indispensable avec l'hypertrophie de la papille. Mais dans quelques circonstances, il y a une inflammation véritable, les papules deviennent rouges, chaudes, plus saillantes encore, elles s'ulcèrent même à leur sommet; enfin au prurit, c'est a dire à l'élément nerveux, se joint l'inflammation proprement dite, c'est à dire l'élément vasculaire. C'est ce que l'on observe dans le lichen agrius. Il y a un certain état où la maladie papuleuse, affectant une marche tout a fait chronique, les élévations deviennent dures, sèches, comme parcheminées. Quelquefois même elles conservent un volume remarquable, toujours accompagné d'un épaississement non moins extraordinaire. Ici, c'est l'altération épidermique qui domine. Aussi est-elle presque toujours accompagnée d'une modification de la couleur, complication fréquente des affections squameuses, et aussi très facile à expliquer par la connaissance du siège anatomique. Les éruptions papuleuses ont donc leur siège dans les papilles : c'est une maladie du corps papillaire.

Ici encore l'observation anatomique et pathologique sont d'accord : c'est surtout à la suite des causes qui agissent sur le système nerveux que se développent les affections papuleuses. L'expression symptômatologique de ces maladies porte profondément empreint le cachet des affections nerveuses. Faut-il ajouter que c'est dans ces considérations qu'il faut aller chercher la raison du traitement qui leur convient.

Il y a deux ordres d'affections cutanées, à marche essentiellement chronique, tout à fait en dehors de l'influence des causes qui nous sont connues, que l'on chercherait en vain à provoquer artificiellement, dont l'existence, si elle ne s'était révélée par le désagrément de leur présence à la peau, semblerait dans le plus grand nombre des cas, n'avoir aucune valeur, que l'on dirait pour ainsi dire développées en dehors de notre économie : maladies qui peuvent exister isolément, qui souvent sont réunies. Ce sont les *affections squameuses*, et les *changements de couleur de la peau*. Eh bien, ces maladies, qui traduisent évidemment et exclusivement, l'une, une altération de la sécrétion de la matière épidermique, l'autre un trouble de l'appareil sécréteur du pigment, permettent de trouver dans le peu de connaissances que nous possédons aujourd'hui sur l'anatomie des organes chargés de cette sécrétion, l'explication de leur existence comme spéciale, au milieu des autres affections de la peau.

Les appareils dont elles traduisent les troubles fonctionnels, n'ont avec les autres organes sécréteurs de l'économie, que des rapports sympathiques peu prononcés, et, dans tous les cas, peu connus. Presque insensibles aux influences venues du dedans, ils sont, pour ainsi dire, inaccessibles à celles du dehors. Réunis dans leur état phy-

siologique, ils le sont souvent aussi dans leurs maladies. Ainsi dans un assez grand nombre de cas, on voit en même temps une altération de la sécrétion épidermique, une altération de la sécrétion de la matière colorante. Le pityriasis versicolor, caractérisé à la fois par des taches jaunes et une desquamation épidermique, en est le plus remarquable exemple. On comprend dès lors pourquoi jusqu'ici, contre ces affections, toutes constitutionnelles, on n'a pu trouver encore de thérapeutique rationnelle, et pourquoi ce sont elles surtout que l'on est réduit à combattre par des traitements empiriques, à l'aide desquels on parvient quelquefois à les guérir, sans se rendre compte du mode d'action des moyens employés.

Enfin, il y a encore un élément, autour duquel on a groupé plusieurs formes de maladies de la peau, distinctes entre elles par la plupart de leurs traits, mais rapprochées souvent par un caractère principal, par la dégénérescence du tissu, par leur tendance à détruire ce tissu dégénéré. Je veux parler des *tubercules*. Ils consistent dans une hypertrophie du tissu fibreux qui compose le derme, hypertrophie à laquelle le tissu cellulaire prend très souvent part, ce qui explique un phénomène assez remarquable, le changement rapide de volume qui survient dans certains tubercules, dans ceux de l'éléphantiasis des Grecs, par exemple.

Je n'ai pas assurément démontré le siège de toutes les affections de la peau, qui toutes d'ailleurs ne sauraient être groupées dans les cadres formés à l'aide des lésions élémentaires que je viens d'examiner. En m'en tenant même à ces lésions seulement, je n'ai pas la prétention d'avoir tout expliqué, je sais bien, que quand même les considérations que je viens d'émettre, seraient pour tout le monde bien démontrées, il resterait encore bien des mystères à pénétrer; ne fût-ce que celui de la forme de certaines éruptions; de l'érythème arrondi, de l'herpès circinné, de la lèpre vulgaire, etc.; mais même, je me hâte de dire qu'en cherchant à établir le siège des exanthèmes dans le réseau vasculaire, des éruptions vésiculeuses dans l'appareil sudoripare, des éruptions pustuleuses dans les follicules, et dans le réseau lymphatique, des affections papuleuses dans le corps papillaire, des affections squameuses dans l'appareil blennogène, des altérations de la couleur dans l'appareil chromatogène, des tubercules dans le tissu fibreux, je n'ai entendu qu'appeler l'attention de mes confrères sur des aperçus généraux, qui, à mes yeux, sont tous près, je l'avoue, d'une vérité démontrée, et qui me semblent devoir ouvrir la voie à la thérapeutique rationnelle des maladies de la peau.

Dans un troisième article qui complètera ces considérations générales, je me propose de présenter les conclusions qui découlent de ces aperçus sous le rapport de l'étiologie et du traitement.

LE PORRIGO DÉCALVANS ET L'HERPÈS TONSURANT.

Le porrigo décalvans et l'herpès tonsurant, deux maladies du cuir chevelu entièrement distinctes, ont offert en petit, dans ces derniers temps, l'exemple de la confusion qui a régné si longtemps dans l'étude des maladies de la peau. Comme on n'avait pas eu souvent l'occasion de les observer, on les méconnut, et quand il se présenta quelque forme qui appartenait à l'une ou à l'autre, on la désigna indistinctement sous le nom de porrigine, de teigne tondante, tonsurante, ou de porrigo décalvans. Il est curieux de remarquer ici que c'est là l'inconvénient indispensable de travaux qui se continuent les uns sur les autres pendant des années, et qui ne sont pas basés sur des observations personnelles. Dans l'école de Biett, le porrigo décalvans ne constituait pas une maladie à part, c'était toute alopécie déterminée par une cause quelconque et surtout par le favus. C'était une erreur que, pour ma part, j'ai contribué à répandre, et qui fut acceptée et continuée. D'un autre côté, les pathologistes anglais avaient décrit sous le nom de *ringworm*, de *porrigo scutulata*, une maladie du cuir chevelu différente du favus, dans laquelle nous crûmes voir une variété de cette dernière affection, et le ringworm des Anglais, la teigne tonsurante, ce que j'appelle, moi, l'herpès tonsurant, furent rejetés à leur tour; s'il en fut question quelque part, dans l'ouvrage de M. Mahon, par exemple (1), on n'y fit pas attention, ou

(1) *Recherches sur le siège et la nature des teignes*, par Mahon jeune. Paris, 1829.

bien ce fut déjà pour le confondre avec le porrigo décalvans. Ainsi, dans sa monographie des dermatoses, Alibert, parlant de la porrigine tonsurante, ajoute : c'est le porrigo décalvans de Willan, la teigne tondante de Mahon.

Jusque dans ces derniers temps, les mots de porrigo décalvans, de teigne, de porrigine tonsurante, furent donc regardés généralement comme des expressions synonymes, désignant un même état du cuir chevelu, état qui, pour la plupart encore, ne constituait pas, à proprement parler, une maladie à part, mais n'était que le résultat de plusieurs maladies. On peut s'en convaincre en parcourant les traités publiés il y a quelques années comme en lisant les plus récents. Cependant depuis quelque temps j'avais observé un assez grand nombre de faits qui avaient éveillé mon attention, et je me rappellais toujours que plusieurs fois Biett m'avait dit qu'il y avait une forme de l'herpès qui était contagieuse. J'en étais là quand, il y a quelques années, je fus appelé dans un collège de Paris, où je pus voir sur un assez grand nombre d'enfants une maladie du cuir chevelu, dont, depuis quelque temps, j'avais déjà observé quelques cas. Cette maladie était, je le dirai tout à l'heure, la porrigine tondante, l'herpès tonsurant, comme j'ai cru devoir l'appeler.

Depuis cette époque, on parla de cette maladie observée au collège ; il en fut question dans quelques journaux, même, je crois, à l'Académie de médecine ; l'attention des médecins fut un peu éveillée : on s'occupa de cette affection quasi nouvelle du cuir chevelu, mais toujours comme d'un porrigo décalvans. On la rapprocha sérieusement de la description de Bateman. J'avais étudié avec soin les cas qui s'étaient présentés à mon observation ; je les avais comparés entre eux, et j'avais reconnu bientôt qu'il y avait deux maladies bien différentes ; l'une, le *porrigo décalvans*, parfaitement décrite déjà par Bateman, qui en a donné une excellente figure ; l'autre, très bien décrite aussi sous le nom de teigne tondante, par M. Mahon, qui en a donné un bon dessin, et que j'ai cru devoir appeler pour plusieurs raisons, que j'expliquerai plus loin, herpes tonsurant. Depuis plusieurs années, j'ai pris le plus grand soin, dans mes leçons, dans quelques articles publiés, de séparer ces deux formes si distinctes, qui ne se ressemblent par aucun point, dont une seule est contagieuse. Cependant on continue à les confondre, et tout à l'heure, M. le docteur Gruby a présenté à l'Académie des sciences, des recherches sur une nouvelle espèce de cryptogames, qui constitue une maladie contagieuse de la peau, nommée porrigo décalvans.

Suivant M. Gruby, « le porrigo décalvans « est une maladie de la peau et principale- « ment du cuir chevelu, qui produit la « chute des cheveux. Il est caractérisé par « des plaques arrondies, couvertes d'une « poussière blanche et de petites écailles « grisâtres, et la chute des cheveux. En « examinant attentivement cette poussière « blanche qui couvre la peau, sous le mi- « croscope, on sera étonné de voir que « toute cette poussière blanche n'est autre « chose que des cryptogames. En soumet- « tant au microscope les cheveux prove- « nant de cette maladie, on y remarque une « grande quantité de cryptogames qui les « entourent de tous côtés, et forment une « véritable gaine végétale qui accompagne « le poil depuis sa sortie de la peau jusqu'à « une distance d'un à trois millimètres. « M. Gruby désigne cette production sous « le nom de *microscoporon Audouini*, en « souvenir des recherches d'Audouin sur « les plantes parasites qui détruisent les « tissus vivants des animaux.

« Le *microscoporon Audouini* com- « mence son développement à la surface des « cheveux, à 1 ou 2 millim. de l'épiderme ; « on voit le tissu des cheveux devenir moins « transparent dans une étendue de 30 à « 40/1000 de millimètre. Il se développe de « petites molécules à peine mesurables de « ½/10,000 de millimètre de diamètre. Le « tissu, ainsi altéré, est accompagné de « fibres, de cellules plus larges que les « fibres des cheveux, allongées et placées « parallèlement avec l'axe des cheveux. « C'est dans cette partie que l'on aperçoit « les premieres traces du microscoporon, « qui en s'étalant entièrement sur les che- « veux, et de là par le contact immédiat de « plusieurs cheveux, les altèrent peu a peu « jusqu'à ce qu'ils tombent en morceaux et « produisent l'alopécie.

« Ces cryptogames se développent et se « multiplient avec une rapidité incroyable ; « il suffit qu'une partie de la peau soit « atteinte pour qu'en peu de jours une « plaque de 3 à 4 centimètres soit couverte

« de plantes parasites. Les cheveux, à « l'endroit où ils sortent de la peau, de- « viennent grisâtres, et en huit jours ils « cassent au même endroit où les crypto- « games les entourent. Les cheveux dont « le diamètre est plus épais, résistent plus « longtemps, et à mesure que les cheveux « sortent de leurs follicules, ils sont atta- « qués par des plantes parasites ; on y « voit même autour les cryptogames s'ac- « cumuler et former une petite élévation « grisâtre d'un quart à un demi diamètre, « et ce sont les mêmes élévations qu'on a « considérées comme pustules, vésicules « ou sécrétion de follicules sébacés.

« La nature végétale du *porrigo decal- « vans* est un fait qui parle pour sa con- « tagiosité, et à ce titre, elle exige les « mêmes précautions de l'isolement que la « teigne faveuse et la mentagraphyte. »

Je n'ai point à m'occuper ici des opinions de M. Gruby sur la nature végétale de certaines maladies de la peau, et en particulier de celle qu'il décrit ici ; je reviendrai plus tard sur cette question, qui tend à prendre tant d'extension : je veux seulement établir qu'en admettant un instant la manière de voir de M. Gruby, tout cela n'appartient pas au porrigo décalvans, et qu'il est bon de ne plus laisser confondues deux formes qu'il importe tant de séparer.

Le *porrigo décalvans*, je le répète, a été parfaitement décrit par Bateman. Le dessin qu'il donne dans sa XL^e^ planche, représente exactement cette maladie (1). Il consiste dans des taches plus ou moins circulaires, occupant divers points du cuir chevelu, taches dans lesquelles la peau complètement chauve, présente une surface unie, luisante, d'un blanc de lait. Sans être précédé d'aucune chaleur, sans être accompagné d'aucune démangeaison, le porrigo décalvans marche de la manière suivante : les cheveux deviennent rares dans un point donné du cuir chevelu ; bientôt ils sont assez clairsemés pour que l'on puisse voir qu'ils reposent sur une surface décolorée, blanche, qui se perd, sans limites bien exactes, dans le reste de la peau : plus tard, la maladie faisant des progrès, la place malade se dégarnit de plus en plus à la circonférence, le cercle s'agrandit, et au bout de quelque temps on aperçoit une tache assez irrégulièrement circulaire, où la peau est complètement chauve : tache très remarquable par sa blancheur, par le poli, le brillant de sa surface. Ce qu'il y a de remarquable encore, c'est que là où elle finit, la tache est aussitôt limitée par des cheveux aussi nombreux et aussi forts que partout ailleurs. Le mal tout à fait indolent a déjà fait beaucoup de progrès, quand on s'en aperçoit, et si l'on peut suivre la marche que je viens d'indiquer, c'est que souvent il n'est pas borné à une seule tache : et que, une fois l'attention éveillée, il est facile de surveiller les progrès des nouvelles. En effet, il arrive quelquefois que plusieurs taches se développent dans des points plus ou moins éloignés, et même que les aires s'agrandissent, qu'elles deviennent confluentes, et que la calvitie se prononce dans une grande partie du cuir chevelu.

Le porrigo décalvans se manifeste sur tous les points du cuir chevelu, mais on le rencontre le plus souvent à la partie postérieure, derrière les oreilles, sur les tempes, rarement à la partie antérieure. Sa durée est très longue et toujours de plusieurs mois ; je l'ai vu, quelquefois, mais rarement, guérir spontanément. Quand il disparait sous l'influence d'un traitement rationnel, les taches perdent peu à peu leur teinte d'un blanc mat, elles s'animent, puis deviennent rouges, puis toute la surface se recouvre d'un duvet léger d'abord, qui devient plus rude, plus résistant, qui de blanc qu'il était prend une teinte grisâtre ; enfin au bout d'un temps très variable, mais très court à partir du moment où le duvet a pris une teinte grisâtre, la plaque se garnit complètement, et bientôt il serait impossible de reconnaître la place qui a été malade. Cependant dans quelques circonstances, et cela dépend surtout de l'âge du malade, les cheveux ne reviennent jamais ni aussi nombreux, ni aussi épais.

J'ai observé le porrigo décalvans à tous les âges ; cependant c'est chez les enfants qu'il est le plus rare. J'ai eu occasion de le rencontrer presque toujours de 20 à 30 ans, quelquefois de 30 à 40. Il est de beaucoup plus commun chez les femmes. Presque toujours les individus auxquels j'ai été appelé à donner des soins pour cette maladie, étaient d'un tempérament lymphatique. Dans ce moment, je donne des conseils à deux malades atteintes d'un

(1) *Delineations of cutaneous diseases*, by Th. Bateman. London, 1817.

porrigo décalvans ; l'une est une jeune dame, évidemment lymphatique, affectée d'un lupus érythémateux au nez, et de larges taches de porrigo décalvans au cuir chevelu, qui existent depuis près d'un an. Elle est à Cauterets. L'autre est une jeune fille de 20 ans, présentant aussi à la partie postérieure du cuir chevelu des taches analogues, mais depuis moins longtemps, et qui se sont beaucoup améliorées déjà sous l'influence de topiques existants.

Au mois de novembre 1840. un jeune médecin me conduisit un jeune malade d'une vingtaine d'années environ, qui avait dans plusieurs points du cuir chevelu, des taches blanches et dégarnies de cheveux. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, avait éprouvé quelques accidents d'hydrocéphale chronique : sa tête était très large en avant. Ainsi pendant longtemps il lui avait été impossible de s'appliquer à quoi que ce fût, sans dormir. La somnolence arrivait même à la promenade ; il s'endormait au bras de la personne qui était avec lui. Actuellement encore il aurait été incapable d'une longue application... Cet état a-t-il pu avoir quelque influence sur le développement du porrigo? Il avait eu déjà plusieurs plaques analogues à celles dont il est atteint aujourd'hui, et les cheveux ont parfaitement repoussé ; il a eu il y a quelque temps une toute petite plaque de psoriasis à la paupière.—Sa sœur est affectée d'un eczéma. — Je crois que ces deux dernières éruptions n'avaient aucun rapport avec le porrigo actuel.

Quoi qu'il en soit, depuis deux mois, et sans cause connue, il survint au cuir chevelu, en haut, à droite, et un peu en arrière, deux petites taches qui se dégarnirent de cheveux : elles firent quelques progrès, mais d'une manière lente ; cependant elles se réunirent : et elles formaient quand je vis le malade, une plaque longitudinale de deux pouces de long, de six lignes de large, lisse, polie, brillante, d'un blanc de lait, dégarnie de cheveux, à l'exception de quelques uns qui étaient tous blancs. Il n'y avait pas la plus légère desquamation.

Je conseillai des frictions avec une pommade excitante, et des lotions salées.

Le porrigo décalvans n'est point contagieux, c'est une maladie peu grave d'ailleurs, et qui, par la couleur et l'état chauve des taches qui la constituent, a été longtemps confondue avec l'alopécie résultant du favus... Mais il y a cependant une grande différence ; dans le dernier cas, la peau n'est pas seulement décolorée, elle est amincie ; il y a une véritable cicatrice ; il n'y a pas de duvet ; il n'y a plus de traces de cheveux au dehors ; puisque c'est un tissu de cicatrice, qui ne se laisse plus traverser, et sous lequel on peut retrouver quelquefois le cheveu et son bulbe. Dans quelques cas, les places qui ont été occupées par le favus conservent bien encore çà et là des cheveux ; mais alors ce ne sont plus les formes plus ou moins arrêtées du porrigo décalvans, et la présence même de ces cheveux est un moyen de diagnostic, joint à tant d'autres, qui ne permettent réellement pas de rapprochement.

Le porrigo décalvans ne présente aucune gravité. Chez les malades que j'ai pu suivre, ou qui sont venus me retrouver ; j'ai toujours vu les cheveux repousser : quelquefois, il est vrai, il a fallu beaucoup de persévérance pour arriver à ce résultat, surtout chez les femmes ; mais, enfin, on peut l'obtenir complètement. Ce n'est autre chose, d'ailleurs, que le vitiligo lui-même, siégeant au cuir chevelu, avec cette différence, toutefois, qu'il est là beaucoup moins rebelle que partout ailleurs.

Le traitement consiste à aviver, à exciter les surfaces malades. Le plus ordinairement, je fais faire des onctions le soir, avec un peu de la pommade suivante :

℞ Moelle de bœuf préparée, 30 gram.
Teinture aromatique du Codex, 4 gram.

Le matin, et aussi le soir, avant d'appliquer la pommade, je fais laver les plaques malades avec de l'eau salée.

Ces moyens peuvent être variés d'ailleurs à l'infini, car c'est là le cas, où toutes les préparations excitantes, vantées pour faire pousser les cheveux, sont applicables. J'ai vu des malades qui ont obtenu de bons résultats des eaux thermales sulfureuses.

Herpès tonsurant. — Voyons maintenant si les faits observés depuis quelques années ne permettent pas de décrire une maladie du cuir chevelu déjà indiquée par quelques auteurs, et, je ne saurais trop le répéter, absolument distincte de celle dont je viens de retracer les caractères.

Le 29 avril 1840, j'ai été appelé par le proviseur d'un collège de Paris, pour voir avec le médecin et le chirurgien de la maison des enfants qui portaient au cuir chevelu une éruption particulière. Cette éruption s'était déjà manifestée, me dit-on, dans le

collège l'année précédente avec les mêmes caractères. Voici ce que l'on me raconta. L'année dernière, à la même époque, plusieurs enfants (six ou huit), furent affectés d'un mal sur la tête, analogue à celui qu'on allait me faire voir. Ce mal ne s'était manifesté que dans le petit collège, et l'on remarqua qu'il ne s'était développé que depuis l'arrivée d'un jeune enfant, qui lui-même en était atteint. Ce jeune enfant avait précisément été confié à mes soins par sa mère, et c'était le premier cas de ce genre, qui avait fixé mon attention. — Ceux qui en furent atteints les premiers, étaient précisément les voisins du jeune collégien nouveau venu, et la maladie qui se propagea à un plus grand nombre ne serait pas sortie du petit collège, si l'on en excepte un cas observé, dans le moyen collège, chez un élève, frère d'un autre qui appartenait au petit, et qui en était atteint. Cette maladie, me dit-on, résista aux divers moyens que l'on employa alors pour la combattre.

— Le jeune enfant qui avait été accusé d'avoir apporté la maladie, avait précisément été, comme je viens de le dire, confié à mes soins par sa mère, j'avais été appelé aussi à peu près à la même époque pour voir rue de Richelieu, un autre petit malade, qui faisait partie des jeunes collégiens dont je viens de parler. Depuis j'en avais vu quelques autres et déjà ainsi mon attention était éveillée.

La maladie cette année avait reparu avec plus d'intensité (il est probable que parmi les enfants remis à leurs familles non guéris, lors des vacances, plusieurs étaient rentrés dans le même état). Les deux dont j'ai parlé plus haut avaient été guéris : c'était même là, je crois, le motif qui m'avait fait appeler par le proviseur. Le premier toutefois n'était pas, je crois, rentré au collège. Quoi qu'il en soit, on me montra 14 enfants, qui en étaient atteints. On me demanda mon avis sur cette éruption. Elle présentait comme forme, les caractères de l'herpès : on n'y retrouvait aucun symptôme du favus. Je répondis que c'était une maladie que je n'avais encore observée qu'un petit nombre de fois, que ce n'était pas la teigne proprement dite, que cependant je la croyais contagieuse (j'avais vu positivement un frere la donner à sa sœur), que je ne lui reconnaissais aucune gravité absolue, puisque je l'avais vue guérir complètement.

Sur l'avis du proviseur qui nous affirma qu'un de ses malades avait guéri sans application topique, on convint que les petits malades seraient tenus pendant quelque temps à un traitement interne seulement. Je conseillai l'usage du mélange suivant :

℞ Hyposulfite de soude, 1 gram.
Sirop de squine, 125 gram.
M.

Deux cuillerées à bouche par jour. On devait faire prendre quelques boissons amères. J'insistai pour que les petits malades fussent séparés de leurs camarades qui n'étaient pas atteints de la maladie.

Trois semaines après, je fus appelé de nouveau, le mal avait fait des progrès : deux enfants en avaient été affectés depuis, ce qui portait le nombre à seize. Voici d'ailleurs ce que j'observai. Des plaques plus ou moins larges, ordinairement de la largeur d'un écu, la plupart bien régulièrement arrondies, sèches, inégales, hérissées de petites squames blanches, existaient sur divers points du cuir chevelu ; dans quelques cas, la squame semblait entourer la base du cheveu, qui la soulevait, et même elle l'accompagnait un peu. Il y avait quelque chose alors de l'aspect de cette forme de l'eczéma qu'Alibert a décrite sous le nom de teigne amiantacée. Les plaques étaient sans rougeur, sans la moindre humidité ; quelquefois de niveau avec le reste de la peau, qui présentait une teinte grisâtre, dans d'autres cas, évidemment elles étaient légèrement saillantes, ce qui paraissait tenir à un gonflement qui intéressait toute l'épaisseur de la peau. Il y en avait sur tous les points du cuir chevelu : le plus communément, elles étaient développées sur la face pariétale et à la partie postérieure. Quelques enfants n'avaient qu'une seule plaque. Chez d'autres on en voyait deux ou trois, et alors une était grande, et les autres étaient moins avancées. Chez quelques uns, plusieurs plaques s'étaient réunies, pour n'en former qu'une seule qui occupait, par exemple, une grande partie de la face pariétale.

Enfin, quelques unes étaient tout à fait au début, et alors on apercevait un petit disque grand comme un centime, couvert de cheveux, comme coupés courts, et présentant pour tout caractère une desquamation légère. Du reste, point de chaleur, le plus souvent pas de démangeaison. Les cheveux existaient sur les plaques ma-

lades ; seulement ils étaient quelquefois plus rares, mais toujours plus courts, comme cassés tout près de leur point de sortie. La rareté des cheveux paraissait surtout remarquable quand les plaques étaient nombreuses : elle était d'ailleurs plus apparente que réelle. En effet, les cheveux, le plus souvent, ne manquaient pas tout à fait, mais, cassés tout près de leur origine, ils donnaient à la tête un air dégarni, ce qui paraîtrait tenir à un phénomène remarquable, c'est à dire à ce que la brisure des cheveux serait le premier symptôme, et que ce ne serait que secondairement qu'apparaîtrait une desquamation légère qui va en s'élargissant, le centre restant squameux. C'était au moins ce qui semblait résulter de l'observation attentive de plusieurs plaques nouvelles dans lesquelles on voyait manifestement l'espèce de tonsure produite par la brisure des cheveux, sans qu'il y eût encore rien d'apparent à la peau.

En examinant avec soin, je crus reconnaitre les caractères de l'herpès circinné : c'était sa forme ronde, sa superficialité, son développement excentrique ; c'était pour moi une des variétés de l'herpès, que j'ai appelé squameux, dans lequel les vésicules, extrêmement ténues, se sèchent immédiatement, dans lequel il y a une desquamation centrale. Ce qui vient corroborer cette opinion, c'est que, quatre fois sur cinq, je rencontrai sur le front, sur le visage, sur le cou même, des plaques analogues qui permettaient de reconnaître les caractères évidents de l'herpès. J'ai vu depuis des faits qui n'ont fait que confirmer cette opinion, et un très curieux entre autres dans lequel une petite fille gagna un herpès tonsurant du cuir chevelu, d'un petit garçon qui n'avait que des plaques d'herpès au visage.

Tels sont les faits que j'observai dans ce collège ; il est inutile d'ajouter ici que, comme je ne voulus pas promettre une guérison prompte, et que j'avouai que c'était une maladie dont le traitement était encore peu connu, on ne voulut pas de mes conseils. On confia les enfants au traitement empirique des frères Mahon, et je sais de bonne part que cette fois encore, à la fin de l'année, la plupart rentrèrent dans leurs familles non guéris. Je complèterai cet historique en rapportant encore succinctement quelques exemples de cette curieuse maladie.

—Le 18 mai 1840, un de mes honorables confrères m'adressa une petite fille de 12 ans, Elisa N....., qui avait sur plusieurs points de la tête des plaques très régulièrement arrondies, légèrement farineuses ; sur la plupart, les cheveux étaient comme coupés ras. C'est cette petite fille dont je viens de parler plus haut. Sa maladie, qui datait d'un mois et qui s'était développée rapidement, s'était manifestée peu de jours après qu'elle avait joué avec un enfant qui portait plusieurs plaques d'herpès circinné au cou ; il n'avait rien à la tête.

—Le jeune B... (Charles), âgé de 9 ans, un des élèves dont il a été question plus haut, après avoir été soigné pendant quelque temps sans succès au collège, me fut confié par sa famille au mois de septembre 1840. D'une bonne constitution, d'un caractère vif, turbulent, le jeune B... n'a jamais fait de maladie grave. Son père, d'un tempérament lymphatique, est tourmenté, depuis plusieurs années, d'un *eczéma chronique* et d'une hydarthrose du genou droit. Sa mère a une belle santé. La maladie dont il est atteint s'était développée quatre mois auparavant, sans cause qu'il pût apprécier. Elle était survenue à l'époque où un grand nombre d'enfants (16) de sa classe en étaient atteints. Elle s'était depuis développée avec lenteur ; et enfin, quand je le vis, elle consistait dans une petite plaque de la largeur d'un écu, située à la partie postérieure et supérieure du cuir chevelu ; elle était bien exactement arrondie et parsemée de petites squames. Il n'y avait pas de destruction de cheveux ; seulement ceux-ci étaient courts, ras, comme si on les eût coupés à deux ou trois millimètres de leur point de sortie. Il y avait aussi quelques petites plaques d'herpès au front et aux ailes du nez. Le jeune B..., que je continuai à voir de temps en temps, a guéri complètement et sans récidive, mais au bout de six mois seulement.

—Au mois d'octobre 1840, mon ami M. le docteur Blache voulut bien m'adresser les deux enfants de M. C..., rue St-Martin, l'un âgé de six ans, l'autre de trois ans et demi. Ces deux enfants étaient l'un et l'autre d'une constitution magnifique, surtout le plus jeune.—Leur mère a un eczéma chronique depuis plusieurs années ; une sœur très forte, très bien portante aussi d'ailleurs, avait un léger eczéma de l'oreille. — L'aîné de ces deux garçons, en pension à Paris, avait contracté, il y avait quelque mois, une maladie du cuir chevelu, en mettant la casquette d'un camarade atteint de la même affection. — Il fut pris de la rougeole, pour laquelle il fut soi-

gné chez ses parents.—Pendant sa convalescence, son jeune frère fut affecté dans le cuir chevelu, d'une plaque analogue à celle que portait l'aîné.—Je constatai en effet chez l'aîné une large plaque de l'étendue d'une pièce de six francs, à la partie postérieure et supérieure du cuir chevelu, plaque inégale, parsemé de petites squames, et recouvertes de cheveux courts. — D'autres plus petites existaient çà et là dans diverses parties du cuir chevelu. — Chez le plus jeune, une petite plaque de la même nature, de la largeur d'un franc, existait au même endroit.

— Au mois de novembre 1840, je fus appelé rue Neuve-de-Berri, dans une pension de demoiselles, pour y voir une jeune fille, sœur d'une artiste célèbre, qui était affectée depuis deux mois d'une maladie particulière du cuir chevelue. — Cette petite fille, L... F..., âgée de huit ans, d'un tempérament lymphatique, était revenue de chez ses parents aux vacances, avec une plaque arrondie, de la largeur d'un écu de trois francs, dégarnie de cheveux, ou plutôt pourvue de ses cheveux, mais courts, comme brisés, nettement et au même point, sans changement de couleur de la peau qui était chagrinée, et couverte de petites squames. — Cette plaque était située au sommet de la tête, un peu à droite. — Il y avait aussi plusieurs petits disques d'herpès circinné sur le front et le visage. — La petite L... guérit complètement, mais le traitement fut aussi très long, et dura jusqu'à l'été de l'année suivante.

Depuis j'ai observé un assez grand nombre de faits analogues, qu'il serait inutile de rapporter ici, et dont j'ai fini d'ailleurs par cesser de tenir note. Ce qui précède suffira, je pense, pour me permettre d'établir en me résumant, qu'il y a une maladie particulière du cuir chevelu, maladie contagieuse, qui n'est ni le favus, ni le porrigo décalvans, maladie dont l'observation me semble légitimer le nom que j'ai cru devoir lui donner, celui d'*herpès tonsurant*.

L'herpès tonsurant est évidemment connu des pathologistes anglais; c'est lui sûrement qu'ils ont souvent désigné sous le nom de *Ringworm*. Il a été bien décrit dans l'ouvrage de M. Mahon, sous le nom de *teigne tondante*: il était pressenti par Biett, lorsqu'il parlait d'un herpès contagieux.

C'est une maladie caractérisée par la présence sur le cuir chevelu de plaques ordinairement bien arrondies, dans lesquelles la peau inégale, sèche, parsemée d'aspérités sensibles à la vue et au toucher, est recouverte de cheveux, rompus très également à trois ou quatre millimètres au dessus du niveau de l'épiderme, de manière à former une véritable tonsure. Souvent la tonsure est unique, plus ou moins étendue, mais toujours assez régulièrement circulaire: dans quelques cas, il y a plusieurs disques, qui se développent isolément, et qui finissent par se confondre en une large surface irrégulière; c'est le cas le plus rare. Quoi qu'il en soit, l'herpès tonsurant commence par un point très petit, qui devient le centre d'un cercle qui s'agrandit, en se développant à la circonférence. Les cheveux se brisent d'abord, et ce n'est que plus tard que l'on aperçoit l'état squameux de la plaque; ce n'est aussi que dans les cas exceptionnels que la petite squame remonte, et accompagne le cheveu pour lui former une espèce d'étui.

L'herpès tonsurant n'est accompagné d'aucune chaleur, d'aucune rougeur, d'aucun suintement; rarement il y a de la démangeaison. Quatre fois sur cinq on trouve des petites plaques d'herpès circinné sur les points environnants, sur le front, sur les joues, jusque sur le cou.

L'herpès tonsurant ne se manifeste que dans la seconde enfance, ou au moins je ne connais pas d'exemple de son apparition chez l'adulte, ou même passé quinze ans. Rien ne démontre jusqu'alors qu'il soit plus fréquent chez un sexe que chez un autre. Il peut se développer sur tous les points du cuir chevelu; cependant il attaque de préférence la partie postérieure de la face pariétale.

L'herpès tonsurant est évidemment contagieux: ce serait ici le lieu d'examiner s'il l'est aux conditions posées par M. Gruby, qui lui reconnait une nature végétale; car c'est évidemment à l'herpès tonsurant qu'il faut rapporter les recherches que notre laborieux confrère a appliquées au *porrigo decalvans;* mais ces recherches se rattachent à un ensemble de travaux qui méritent un examen particulier, et sur lesquels je me propose de revenir un peu plus tard. Dans l'espèce, il me suffit de poser pour le moment, que par sa nature cette maladie est essentiellement contagieuse, que par sa forme elle appartient à l'herpès.

L'herpès tonsurant sera toujours facilement distingué du *favus* dont le rapproche-

rait la propriété qu'il a de se propager par contact, non seulement par sa forme, par l'absence des pustules et des croûtes faveuses, si caractéristiques, mais encore par la persistance des cheveux, bien que tondus, et par l'intégrité constante des bulbes. Quant au *porrigo decalvans*, il n'y a en vérité aucun, absolument aucun trait qui puisse permettre plus longtemps de le confondre avec l'herpès tonsurant. Dans le porrigo décalvans, la peau est décolorée, d'un blanc de lait; la surface est lisse, polie, brillante; elle est complètement chauve, comme le dit le mot *decalvans;* dans l'herpès la peau conserve sa couleur naturelle, qui est masquée par la présence de squames plus ou moins grisâtres; la surface est inégale, raboteuse, pleine d'aspérités; les cheveux ne manquent pas, ils sont seulement plus courts; il n'y a pas calvitie, il y a tonsure. L'herpès tonsurant est essentiellement contagieux; et rien n'autorise à croire que le porrigo décalvans puisse se propager par contact.

Le prognostic de l'herpès tonsurant n'est jamais grave; il guérit toujours; seulement quel que soit le traitement, la durée est toujours très longue, rarement moindre de cinq ou six mois; quelquefois il faut plus d'une année pour obtenir une guérison complète.

Quant aux moyens de traitement, j'en ai employé un grand nombre; voici en résumé ce que l'expérience m'a appris. Les applications trop irritantes, les pommades trop actives, les cautérisations, les vésicatoires *loco dolenti*, m'ont toujours paru produire un mauvais effet : souvent je les ai vus convertir l'herpès en un véritable *impetigo*, déterminer une inflammation érythémateuse des parties environnantes, et tout cela sans bénefice aucun pour la maladie première, qui revenue à son état primitif, n'en suivait pas moins lentement sa marche habituelle, si même la grandeur de la plaque n'avait pas été augmentée.

J'ai employé avec des résultats souvent avantageux les onctions avec des pommades au calomélas, au carbonate de potasse, au borate de soude, à l'oxyde rouge de mercure, dans la proportion d'un gramme pour 20 ou 30 d'axonge; les lotions avec une infusion de roses rouges, avec une décoction de racine d'aunée, avec de l'eau de savon, avec une solution de sous borate de soude, de sous carbonate de potasse, dans la proportion de 2 à trois grammes pour 500 grammes d'eau distillée : je me suis trouvé bien dans plusieurs cas de frictions faites avec la pommade suivante :

℞ Onguent citrin,	20 gram.
Goudron,	10 gram.

M.

Mais de tous les traitements, celui qui m'a le plus constamment réussi, consiste 1° à faire faire le soir, au moment du coucher, des onctions sur les plaques malades, avec un peu du mélange composé comme il suit :

℞ Tannin,	1 gram.
Axonge,	30 gram.
Eau,	q. s.

M.

2° A faire laver le matin les mêmes parties avec une des lotions alcalines dont j'ai parlé plus haut.

3° A faire prendre deux ou trois fois la semaine un bain alcalin, en recommandant au malade de se laver la tête avec l'eau du bain. Quelquefois, mais rarement, j'ai remplacé ce bain par une douche légère de vapeur aqueuse.

J'ai toujours aidé ce traitement local, par l'administration à l'intérieur, de moyens appropriés à l'état du malade, moyens cherchés le plus ordinairement parmi les agents thérapeutiques dits *amers*.

J'ajouterai en terminant, qu'il importe, sinon d'isoler complètement les enfants, d'éviter au moins avec soin tout contact immédiat.

DE LA BLENNORRHAGIE SYPHILITIQUE.

Adhuc sub judice lis est.

Jusque vers la fin du siècle dernier, tous les syphilographes avaient considéré la blennorrhagie comme pouvant être l'expression de la maladie syphilitique : si quelques auteurs, Fallope à leur tête, avaient cherché à établir une distinction entre les *gonorrhées* vénériennes et les *gonorrhées* simples, l'esprit de réaction n'avait jamais osé aller plus loin, et nul n'avait mis en doute que ce que l'on appelait la *vérole*, c'est à dire la syphilis générale, ne pût être la suite et la conséquence d'un écoulement blennorrhagique. L'école anglaise donna la première le signal des attaques qui de-

vaient tendre à la destruction du type syphilitique : ses doctrines bien connues furent soutenues en France par Hernandez ; mais comme on ne s'arrête pas dans la voie de réaction, on alla plus loin encore, on nia un instant la maladie syphilitique elle-même. Mais ces théories, brillamment défendues parmi nous, manquaient d'une base solide et durable ; on les vit peu à peu disparaître, et il ne resterait presque rien aujourd'hui de la doctrine du double virus, si, par un de ces retours fréquents dans l'histoire de la syphilis, les propositions de Hernandez n'avaient été exhumées de l'oubli, si elles ne reparaissaient étayées d'un nom nouveau, mais bien connu dans ce point spécial de la pathologie. Ces idées ont pris d'ailleurs, il faut bien le dire, une face nouvelle en passant par l'enseignement remarquable de M. Ricord, qui a su leur donner une apparence pratique, et ce semblant de positivisme et de précision avec lequel elles se présentent aujourd'hui.

Cette doctrine, rajeunie avec art, et présentée, je le répète, d'une manière séduisante, s'est élevée rapidement, grandissant tous les jours, puisant sa force dans l'habileté du chef, et, j'en suis sûr, dans les convictions sincères dont il est animé ; mais si elle a le mérite rare de paraître parfaitement complète, et de donner en apparence la raison de tous les phénomènes syphilitiques, je ne crains pas cependant de le dire : aujourd'hui, moins peut-être encore que du temps de Hernandez, elle n'est pas sérieuse, elle ne peut pas l'être ; pour moi, tout en elle n'est que dehors et surface, et je crois qu'il faut se mettre en garde contre les entraînements d'un système qui, s'il est bâti sur l'erreur, peut conduire dans son application à des résultats d'une gravité réelle. Aujourd'hui la lutte est donc engagée de nouveau entre ce que l'on appelle les vieilles idées et l'école anglaise : il viendra un moment où j'examinerai dans son ensemble ce système moderne, que l'on veut faire prévaloir de nos jours, puisque le déroulement de l'histoire de la syphilis doit m'amener bientôt en face des idées de M. Ricord ; mais ici ce sont mes convictions personnelles que je vais mettre aux prises avec celles d'un honorable confrère, en traitant un des points les plus controversés de la syphilographie, et, selon moi, un des plus importants, non pas tant encore sous le point de vue de la théorie que sous le rapport de la pratique. Sous ce titre : *De la blennorrhagie syphilitique*, j'aborderai et je traiterai successivement toutes les questions qui se rattachent à ce sujet, questions que l'on peut dès à présent diviser en deux grandes catégories, selon qu'elles auront trait à l'inoculation, ou qu'elles tiendront de l'observation et de l'expérience.

L'ère de la réaction contre la nature syphilitique de la blennorrhagie commence à Balfour, médecin anglais, de la fin du siècle dernier, qui, comme on le sait, prétendit assimiler ce symptôme à tous les écoulements qui peuvent affecter une membrane muqueuse, au coryza par exemple. Cette opinion fut bientôt érigée en système : de là les théories du célèbre médecin danois Tode, de B. Bell, etc., théories adoptées bientôt par presque tous les praticiens d'Angleterre, qui niaient alors que la blennorrhagie fût l'expression de la maladie syphilitique. Je n'ai pas l'intention de présenter ici le résumé même succinct de tout ce qui a été dit sur ce sujet inépuisable, mais avant d'examiner d'abord la grande question de l'inoculation, si je m'occupe surtout de Hernandez, c'est qu'il résume tout ce qui avait été écrit, soit en Angleterre, soit en France, sur cette intéressante matière, c'est que Hernandez avait donné, à ce sujet, une importance extrême, c'est que le premier, il avait fait de l'inoculation la base essentielle du système de Benjamin Bell. En effet, quand il fallut prouver que la *gonorrhée* n'était pas un symptôme syphilitique, on ne put le faire que de deux manières, ou expérimentalement par l'inoculation, ou pratiquement par l'observation des phénomènes d'infection naturelle. Dans le second cas, on se heurtait nécessairement à des hypothèses tellement fragiles qu'il était impossible d'asseoir sur elles un édifice solide et durable, il fallut donc surtout se rejeter sur le premier de ces moyens ; aussi est-ce à lui que l'on a demandé principalement la démonstration du probleme que l'on cherchait à résoudre? Je réserverai aussi la partie pratique de mon sujet, et je ne m'occuperai, pour le moment, que de l'inoculation, présentée comme preuve de la nature prétendue non syphilitique de la blennorrhagie, et j'espère démontrer que, sous ce rapport, c'est un moyen infidèle et faillible, car elle a donné des résultats variables, comme on va le voir ;

incomplet et insuffisant, puisqu'il ne démontre pas ce qu'on veut lui faire prouver; inutile, enfin, parce que même en admettant qu'il eût établi la non inoculabilité de la matière blennorrhagique, il n'en résulterait pas la preuve de sa nature non syphilitique.

Et d'abord, Hernandez (1), traducteur fidèle des opinions de B. Bell, admettait avant tout l'existence d'un virus gonorrhéique; seulement, il niait l'identité, surtout par ce fait, que la faculté ulcérante n'appartenait pas à ce virus, que dès lors il était distinct de la syphilis. Individualisant cette maladie, comme on l'a fait de nos jours, il disait (page 115) : « *Le virus vénérien est fixe. Il n'agit que par le contact. Mais alors il ulcère la partie, il produit un chancre. Le coït le porte le plus communément sur le gland et le prépuce; le plus souvent donc on trouvera là l'ulcère. Des circonstances bien rares pourront le porter dans l'urèthre; il sera peu commun d'avoir son action dans ce canal, mais alors on aura toujours un chancre.* » Plus loin il ajoute : « *Le virus vénérien ulcère à la moindre quantité, et d'une manière particulière. Partout où l'irritation syphilitique se porte, il se développe une ulcération*, etc. »

Hernandez considérait donc l'ulcération, le chancre, comme l'expression univoque de l'action du virus syphilitique, et il argumentait ainsi : Si l'on démontre que le virus gonorrhéique ne produit jamais l'ulcère, il sera établi qu'il n'est pas syphilitique. Ainsi il a été amené, comme le fut plus tard M. Ricord, à chercher la solution de ce problème dans les manœuvres de l'inoculation. Voyons donc si les résultats obtenus sont de nature à justifier la confiance que l'on place encore aujourd'hui dans ce mode d'expérimentation.

Encouragé par les exemples qu'avait cités Benjamin Bell, Hernandez raconte qu'il décida plusieurs forçats du bagne de Toulon (2) à se soumettre à ces expériences, qu'il regardait comme sans danger. Après avoir choisi parmi leurs camarades trois qui fussent atteints de *gonorrhée*, et qui pussent fournir le virus nécessaire; il pratiqua sur dix-sept sujets exempts de toute infection vénérienne, une série d'expériences dont voici les résultats.

« Trois hommes bien sains et à la force de l'âge furent inoculés à plusieurs reprises au gland et au prépuce. L'inoculation se faisait en plaçant, sur l'incision faite avec la lancette, plusieurs fils bien trempés dans la matière gonorrhéique. On eut toujours des ulcères légers, sans apparences chancreuses, qui guérirent facilement par les traitements les plus simples.

« Deux autres individus, qui avaient de fortes dispositions au scorbut, sans l'avoir cependant bien développé, me donnèrent des ulcères rebelles, qui résistèrent à tous les moyens locaux, et qui ne cédèrent qu'aux excitants combinés avec les acides. L'un d'eux avait des douleurs qui parcouraient le corps; le pus de son ulcère était sanieux, les chairs fongueuses.

« Quatre jeunes gens avaient eu des scrofules bien prononcées, et il leur en restait encore une forte teinte scrofuleuse. Les ulcères furent très opiniâtres dans trois; dans deux, *ils avaient presque tous les caractères syphilitiques, et des éruptions herpétiques se montrèrent quelque temps après*. Dans ces deux là, qui avaient eu des obstructions dans le bas-ventre, on ne put obtenir la guérison que par l'usage interne du mercure doux. Il y avait cependant certitude contre l'infection vénérienne. L'un était au bagne depuis trois ans, et l'autre depuis deux, et ils n'avaient pas été du nombre de ceux qui étaient sortis de l'arsenal.

« Un jeune homme, né de parents affligés de la goutte, et qui y paraissait disposé, fut inoculé dans le printemps. L'ulcère s'établit; les temps humides le firent fort empirer; il s'accompagnait de douleurs vagues et de tous les dérangements qui dépendent de la faiblesse des organes digestifs. Il résista à tous les remèdes; la chaleur qui survint en procura la guérison en peu de temps.

« Un homme de cinquante ans, sujet aux hémorrhoïdes, les avait vues successivement disparaître; c'est dans ce moment que l'inoculation eut lieu. L'ulcère *prit toute l'apparence vénérienne*; il ne se guérit que par le retour du flux hémorrhoïdal.

« Sur six individus d'une constitution

(1) *Essai analytique sur la non-identité des virus gonorrhoïques et syphilitiques*, par J.-F. Hernandez. Toulon, 1812, in-8°.

(2) Hernandez était professeur de pathologie interne à l'école impériale de médecine navale du fort de Toulon.

faible, irritable, cacochyme, il y eut des ulcères opiniâtres dans quatre, accompagnés même de dartres et de douleurs dans deux. Ces ulcères opiniâtres, accompagnés ou non de dartres et de douleurs, ne cédèrent qu'après un long usage de fortifiants intérieurs. Les deux autres guérirent avec facilité, et à l'aide des seuls pansements. »

Assurément, si l'on s'en tient à la description de l'expérimentateur lui-même, on pensera qu'il était possible de tirer de ces résultats, une tout autre conclusion que celles qu'il a cru devoir formuler, puisque Hernandez s'en est servi pour établir, que « *les ulcères qui sont le produit de l'inoculation du virus gonorrhoïque, ne sont pas syphilitiques.* » Cependant, ces ulcères rebelles, avec une apparence vénérienne, pouvaient être embarrassants, et Hernandez, habile déjà à tourner les difficultés, a expliqué ces faits gênants, en disant que *tout tenait ici à des vices internes connus.* Si ce moyen est commode et facile, je n'ai pas besoin d'en démontrer ici l'insuffisance : le seul fait évident, c'est que l'inoculation, tentée de *l'homme malade à l'homme sain*, avec la matière blennorrhagique, a toujours produit des ulcérations, et que ce résultat est au moins étrange, comparé à ceux que l'on obtient tous les jours, résultats complètement négatifs.

Il serait bien facile de discuter ici la valeur réelle de ces ulcères *presque syphilitiques*; mais alors on ne manquerait pas de répondre, par une hypothèse, que nous sommes condamnés à rencontrer souvent, par l'hypothèse de *chancres larvés*, qui auraient servi à *caractériser* les résultats de l'inoculation. J'accepte volontiers l'objection; mais d'abord, il eût été très extraordinaire que les trois sujets choisis par Hernandez eussent été précisément atteints de ces chancres larvés, qui sont, au moins, une exception assez rare; mais ce n'est pas tout: l'argument du chancre larvé n'est pas un point de doctrine nouveau, et, avant l'école moderne, Hernandez, dont nous nous occupons en ce moment, l'a mis en avant à plusieurs reprises, et précisément pour expliquer, comme aujourd'hui, les faits embarrassants. Ainsi, il dit (page 121) : « Les ulcères sont souvent hors de la portée de nos regards. Chez l'homme même, l'urèthre peut contenir des ulcères vénériens que nous n'apercevons pas..... »

Plus loin, voulant expliquer l'apparence de causalité syphilitique, que certaines circonstances donnent à la gonorrhée, il ajoute (page 273) : « Les ulcères cachés dans l'urèthre, au fond du vagin, sont hors de nos regards, et n'en sont pas moins syphilitiques et contagieux. » Enfin (page 281), il revient encore sur ce fait : « Mais, il y a plus, dit-il, des ulcères syphilitiques peuvent se former profondément dans l'urèthre, de manière à ce qu'on ne puisse les apercevoir, etc.... » Ainsi, Hernandez ne peut être accusé d'avoir négligé cette circonstance importante, dont il a si bien tiré parti; et, si cela eût été possible, il n'aurait pas manqué de s'en servir, pour expliquer ce qu'il y avait de peu concluant dans ses expériences.

Je le répète, ce qu'il y a de bien positif, c'est que Hernandez a obtenu constamment des ulcérations, et ajoutons, avant de passer outre, que ces expériences, dont il célébrait l'innocuité, sont devenues, comme on a pu le voir, la cause d'accidents qui n'ont pas été sans gravité.

A côté de ces expériences, il faut placer celles du docteur Tongue, de Philadelphie, qui, lui aussi, expérimenta de l'homme malade à l'homme sain. Le docteur Tongue inocula un grand nombre de fois, par piqûres faites au bras, la matière de gonorrhées, dont il avait, dit-il, et je ne sais comment, bien constaté la virulence. Jamais il n'obtint non seulement d'ulcération, mais même d'inflammation. Que penser de ces résultats, si différents de ceux qu'a signalés Hernandez !

Duncan et Swédiaur prouvent par l'inoculation que le virus blennorhagique mis en contact avec l'urethre, détermine constamment une blennorrhagie. Bell a cité des exemples qui le démontrent aussi, et cependant Valentin, cet observateur judicieux, cité par Hernandez et par M. Ricord, n'a jamais pu produire d'écoulement en introduisant dans l'urèthre des bourdonnets ou des bougies trempés dans la matière blennorrhagique. Toujours la même contradiction dans les résultats !

Jusque là l'inoculation de la matière blennorrhagique n'aurait produit que des ulcérations prétendues non syphilitiques ou des écoulements : mais il restait à savoir si elle pouvait produire un véritable chancre. Cette question était bien autrement grave. A-t-elle été élucidée par des

faits constants, uniformes, irréfragables? C'est ce que nous allons voir.

Jean Andrée, chirurgien de Londres, rapporte qu'un de ses confrères s'inocula la matière gonorrhéique, et qu'il eut un chancre. Après lui vint J. Hunter, dont les expériences si détaillées et si complètes établirent d'une manière décisive que l'inoculation de la gonorrhée pouvait produire des chancres très caractérisés. M. Ricord, qui continua chez nous ces traditions, a cité à lui seul 55 observations d'inoculation du muco-pus blennorrhagique. Nous verrons plus loin si l'importance du nombre ne doit pas être singulièrement diminuée par certaines réflexions à faire sur la nature même des cas cités. Quant à présent, nous acceptons les résultats obtenus, en ce sens que, complètement négatifs, ils contredisent virtuellement les expériences de Hernandez. Ajoutons seulement que dans le cours de ces opérations, et alors qu'il inoculait seulement la matière blennorrhagique, M. Ricord a obtenu plusieurs fois ce qu'il appelle la *pustule caractéristique*. Il est vrai qu'il a expliqué ces faits par l'argument qui avait servi déjà à Hernandez, par l'existence de chancres larvés; mais nous verrons bientôt ce qu'il faut penser de cette hypothèse, toute séduisante et toute commode qu'elle puisse être d'ailleurs.

Enfin, et pour terminer ce résumé, M. Castelnau a pratiqué à l'hôpital de Lourcine, et sur les errements mêmes de M. Ricord, un certain nombre d'expériences entourées de toutes les précautions imaginables, et une fois il a obtenu des chancres bien caractérisés avec la matière de la blennorrhagie. Ces chancres, qui ont persisté pendant deux mois, qui ont laissé des cicatrices, répondent assez à ce que l'on avance de l'innocuité de ces opérations; mais ce qu'il importe surtout de signaler, c'est que dans cette observation, sur quatre piqûres faites en deux fois par la même main, avec la même matiere, avec la même lancette, deux seulement, une à chaque fois, ont donné le résultat caractéristique.

Ainsi l'inoculation, employée pour démontrer la nature non syphilitique de la blennorrhagie, est un moyen infidèle, douteux, puisque selon les opérateurs, peut-être selon les besoins de certaines théories, elle a donné, à différentes époques, des résultats tout à fait opposés : elle constitue un moyen tellement faillible, que toutes circonstances égales d'ailleurs, elle peut, comme je viens de le dire pour l'observation de M. Castelnau, produire dans un seul fait, des phénomènes caractéristiques, en même temps qu'elle donnera la preuve d'une innocuité complète. Et cependant l'inoculation était de tous les arguments de Hernandez, le seul sur lequel il eût pu raisonnablement compter, comme elle est aujourd'hui la base unique, essentielle des doctrines de M. Ricord sur la blennorrhagie.

Ces doctrines ont remplacé complètement aujourd'hui les idées de Tode et de Bell, les paraphrases théoriques de Hernandez, et avant d'aller plus loin, il nous importe de les bien apprécier, pour pouvoir en continuer utilement l'examen consciencieux.

L'Ecole anglaise, et Hernandez après elle, avaient admis que les écoulements blennorrhagiques étaient l'expression d'une maladie virulente, puisqu'ils avaient admis le virus gonorrhéique. M. Ricord a adopté sur ce point les opinions de l'Ecole physiologique, et il a admis que la blennorrhagie n'était qu'une simple inflammation, seulement il a ajouté que le muco-pus catarrhal semblait être l'irritant le plus efficace pour déterminer l'inflammation des muqueuses : il a admis même que la matière du chancre pouvait, comme simple irritant, faire naître un écoulement. Ainsi, selon la nouvelle école, la blennorrhagie est le produit simple de l'irritation. A ceux qui soutenaient l'identité de la blennorrhagie et du chancre, on a répondu par l'inoculation : à ceux qui soutenaient que ces deux symptômes pouvaient être puisés à la même source, on a répondu par la doctrine du chancre larvé.

Si l'on admet que la blennorrhagie est toujours le résultat simple de l'irritation, on comprendra facilement les résultats constamment négatifs des expériences tentées par M. Ricord; aussi cette théorie renouvelée de M. Jourdan est-elle tout simplement un corollaire des pratiques de l'inoculation; et il en est de ce point de doctrine, comme de tous les autres; la question est résolue par la question elle-même. Pourquoi la blennorrhagie est-elle un phénomène d'irritation simple! c'est parce que le muco-pus ne produit rien à l'inoculation. Mais pourquoi ce muco-pus ne produit-il rien quand on l'inocule? Parce que la blen-

norrhagie, dont il émane, est le résultat simple de l'irritation. Cercle vicieux que nous retrouvons souvent!

Quoi qu'il en soit, l'inoculation, qui n'était qu'un argument pour Hernandez, est devenu un système pour M. Ricord, et maintenant que nous savons ce que ce dernier entend par blennorrhagie, voyons si, au point de vue de cette maladie, le procédé dont il a fait la base de sa doctrine prouve ce que l'on veut lui faire prouver.

Et d'abord, pour que l'inoculation pût en général donner des résultats probables, il faudrait qu'elle fût pratiquée de l'homme malade à l'homme sain, qu'elle fût telle enfin que l'entendaient Bell, Hernandez, Hunter, etc. Il est vrai qu'aujourd'hui personne ne songe plus, Dieu merci! à tenter de pareilles expériences sur soi-même, dans l'intérêt de la science, ni sur les autres, dans l'intérêt de l'humanité. Mais il est vrai aussi que l'inoculation, considérée comme argument, perd singulièrement de sa valeur, de ce qu'elle est pratiquée de l'homme malade à l'homme malade. Des faits authentiques (1) prouvent qu'une plaie accidentelle, complètement indépendante des manœuvres inoculatoires, mais faite chez un individu actuellement infecté, peut déterminer un symptôme caractéristique, un chancre par exemple : et maintenant quelle signification peut avoir, comme argument bien entendu, le succès ou l'insuccès de l'inoculation pratiquée dans de telles conditions? Si de l'insertion du muco-pus dans la plaie, faite avec une lancette, il résulte un chancre bien caractérisé, on peut assurément tout aussi bien en conclure, suivant moi, que ce chancre est l'expression de l'infection générale actuellement existante, indépendamment de la contagion nouvelle qu'aurait apportée le muco-pus, que le résultat de l'inoculation.

Mais acceptons l'inoculation telle qu'on la pratique, et voyons ce qu'elle peut prouver.

En cas de succès, elle ne démontre rien. En effet, l'école nouvelle a reconnu le principe admis par Hernandez, à savoir que le chancre est l'expression essentielle, univoque de la syphilis. Une fois ce principe posé, il devient inutile de s'occuper de la blennorrhagie, et il faut la rayer du livre des affections vénériennes; cependant on s'en occupe pour démontrer, toujours par des expériences, que ce n'est pas un symptôme syphilitique; mais on s'en occupe avec cette arrière-pensée, que la syphilis ne peut pas avoir d'autre action que l'action ulcérante; aussi s'est-on armé d'avance de tous les moyens propres à annihiler les faits qui viendraient contrarier des opinions préconçues.

Ainsi, que l'inoculation du muco-pus produise le chancre, et que l'opérateur soit ou Andrée, ou J. Hunter, ou M. Castelnau, ou M. Ricord lui-même, on trouvera tout simplement la raison de cette causalité en apparence syphilitique de la blennorrhagie, comme disait Hernandez, dans l'existence mystérieuse de chancres qui ont échappé à l'œil de l'observateur. Ainsi, ce qui devait porter un coup terrible à la nouvelle école n'a servi qu'à l'armer d'un argument inexpugnable. Entourez vos expériences de toutes les précautions possibles, que vos investigations soient minutieuses et exagérées, qu'importe! Si le muco-pus inoculé ne produit rien, on en conclura que la blennorrhagie n'est pas syphilitique; s'il produit quelque chose, on en conclura qu'il y a un chancre larvé, et ainsi l'expérience et l'observation se trouvent sans crédit et sans force contre une assertion banale que l'on a su rendre insaisissable.

Si du moins on avait pris la peine de dire par quels signes peut se traduire l'existence de ces chancres larvés, on aurait rendue possible la solution de cette question importante; mais cela était bien difficile, et l'on aime mieux affirmer tout simplement qu'il y a ulcération cachée, sans énoncer à quels symptômes apparents ou mystérieux on reconnaît l'existence de cette ulcération. Pour les esprits non prévenus, on peut formuler ainsi ce point de controverse! Ce n'est pas parce que le chancre larvé est appréciable, ou apprécié, que l'on proclame qu'il existe; c'est uniquement parce que le muco-pus inoculé a produit une ulcération spécifique. Et voyez où conduit cette manière de raisonner! A ceux qui disent et qui prouvent par des faits que l'inoculation de la matière blennorrhagique a pu produire le chancre, on répond : il y avait un chancre larvé que vous n'avez pas vu. A ceux qui demandent

(1) J'en ai observé plusieurs, soit à l'hôpital St-Louis, soit en ville, et je rapporte plus loin une observation qui en offre un exemple remarquable, page 57.

la preuve de l'existence de ce chancre larvé, on répond : c'est que l'inoculation de la matière blennorrhagique a donné lieu à la pustule caractéristique. Toujours le même cercle vicieux !

Nul ne peut nier qu'il peut exister dans les organes génitaux des chancres profonds, qui peuvent échapper à l'œil de l'observateur ; mais ce fait suffit-il pour faire affirmer que la blennorrhagie n'est pas syphilitique? Tout le monde sait que les chancres du canal de l'urèthre sont très rares. L'école moderne ne niera pas cette vérité; mais elle répondra que précisément cette rareté coïncide avec celle des faits qui établissent l'inoculabilité de la blennorrhagie, rareté bien remarquable si on la compare avec la fréquence des cas d'insuccès. Je l'ai déjà dit, nous verrons plus loin quelle valeur il faut attacher à cette fréquence dont on fait un argument pour la non identité. S'il est impossible ou au moins très difficile d'apprécier l'ulcération larvée chez l'homme, il n'en est pas de même chez la femme, où les organes génitaux sont accessibles à nos investigations. Il est bien établi que, dans le fait cité par M. Castelnau, cette investigation avait été complète, et il est constaté qu'il n'y avait pas d'ulcération inoculable. L'inoculation a cependant produit un chancre ! Qu'importe ! répondra l'école moderne; il faut qu'il y ait eu une ulcération invisible pour l'opérateur, puisque sans cela notre système s'écroulerait.

Ainsi il est rationnel de dire que tenter l'inoculation de la blennorrhagie pour chercher sa véritable nature est une opération inutile, puisque en cas de réussite on n'arrive pas à prouver la qualité syphilitique de la matière inoculée, mais à démontrer l'existence d'un chancre larvé, qui échapperait sans cela à notre investigation. Quelque pénible que puisse être une pareille déclaration, il faut se résigner à reconnaître que le succès n'est ici qu'un triomphe de plus pour les théories que les partisans de l'identité seraient tentés d'attaquer.

Ces théories concluent du succès de l'inoculation qu'il y a chancre larvé, il était naturel qu'elles dussent conclure de la non-réussite que ce chancre larvé n'existe pas ; mais alors on se fonde sur les cas d'insuccès pour élever le principe de la non-inoculabilité. Voyons donc quels sont ces faits, dont on tire de semblables conséquences. M. Ricord (1) a cité à lui seul dans son ouvrage 55 cas dans lesquels l'inoculation de la matière blennorrhagique n'a rien produit (2); certes, l'importance du chiffre peut avoir ici une grande valeur ; mais si l'on examine une à une les observations présentées, peut-être trouvera-t-on que le nombre perd de son importance et de sa gravité. En effet, parmi les expériences tentées par M. Ricord, 22 ont été faites sur des blennorrhagies existant depuis un mois au moins; 8 sur des écoulements, sans indication de date, mais anciens ; 3 sur des blennorrhagies datant de trois semaines; un certain nombre sur des écoulements de 15, 18, 20 jours. Quelques uns de ceux qui ont fourni le muco-pus étaient à l'état chronique; d'autres subsistaient depuis des années entières. Mais en ne considérant que la durée moyenne, c'est à dire un mois, n'est-on pas frappé tout d'abord de cette pensée, qu'une blennorrhagie qui existe depuis trente jours a pu perdre (en admettant, bien entendu, pour un instant seulement, l'inoculabilité), a pu perdre, dis-je, la faculté de produire par l'inoculation un symptôme syphilitique? Ne peut-il pas arriver que ces écoulements aient été modifiés, soit par le temps, soit par l'emploi de moyens rationnels, mais devenus vulgaires, tant ils sont connus? Enfin ne peut-on pas dire aux partisans des idées modernes : après avoir fait du chancre le symptôme univoque de la syphilis, vous avez été convaincus, par des faits constants, réitérés, que ce chancre n'était pas toujours inoculable; et alors vous avez admis un état de progrès, puis un état de réparation, ce qui vous a conduits à assigner au chancre, sans pouvoir les définir cependant, une période d'inoculabilité et une période de non-inoculabilité? Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la blennorrhagie ? Pourquoi n'aurait-elle pas ses phases de progrès, de *statu quo*, de réparation? Pourquoi, à tel moment donné, ne serait-elle pas inoculable, quand elle cesserait de l'être à tel autre? Et si cela est, quelle foi pouvons-nous avoir dans des

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes*, ou recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies, etc. Paris, 1836.

(2) Pages 279 et suiv.

faits où ces phases ne sont pas appréciées, où l'on n'a pas tenu compte des périodes d'inoculabilité et de non inoculabilité? Il faut bien que l'école moderne accepte cette objection, très sérieuse d'ailleurs, puisqu'elle en a fait un argument pour soutenir sa théorie de l'unité syphilitique : car nous avons le droit de lui dire, pour conclure, que, si l'inoculation du muco-pus ne produit rien aujourd'hui, c'est moins peut-être parce que la blennorrhagie est impuissante à produire la pustule caractéristique, que parce que l'on ne sait pas encore comment et dans quelles limites elle est inoculable.

S'il est permis, d'après ces considérations, de retrancher un certain nombre des faits présentés, on pourra, sans être arrêté d'avance par la différence énorme qui existait entre les cas d'insuccès et ceux de réussite, opposer à la doctrine de non-inoculabilité les observations que j'ai déjà citées, et qui tendent à prouver que sous l'influence de certaines conditions encore inappréciables, l'inoculation de la matière blennorrhagique peut produire un symptôme parfaitement syphilitique, le chancre par exemple.

Mais même en admettant que tous les faits cités par l'école moderne fussent aussi probants qu'on veut bien le proclamer, en supposant qu'il fût établi d'une manière péremptoire que l'inoculation de la matière blennorrhagique ne produit jamais rien, faudrait-il en conclure que la blennorrhagie n'est pas syphilitique? Poser en principe que l'inoculation est la seule preuve de la syphilis, et conclure de l'inoculation que la blennorrhagie n'est pas syphilitique, c'est tout simplement, je l'ai dit déjà, résoudre la question par la question elle-même. Sur quels faits s'est-on fondé pour établir d'une manière aussi absolue la règle de la spécificité des affections vénériennes ? La contagion et la virulence de certains symptômes sont-elles nécessairement subordonnées aux manœuvres douteuses de l'inoculation ? Mais on a essayé d'inoculer ce que l'on appelle la pustule plate, le tubercule muqueux, et jamais on n'a rien obtenu. Cependant il n'est venu à l'idée de personne de conclure de ces résultats négatifs que la pustule plate n'était pas un symptôme syphilitique. On a prétendu, il est vrai, que ce symptôme devait être rapporté aux symptômes secondaires, ce qui n'expliquerait point encore la non-inoculabilité constante, car sur ce point je ne serais pas d'accord avec la nouvelle école; mais il est plus vrai de dire que la pustule plate est un symptôme parfaitement primitif, qui constitue dans un grand nombre de cas la seule expression de l'infection syphilitique, et il est bien évident dès lors qu'un symptôme essentiellement vénérien, essentiellement primitif peut être rebelle aux lois de l'inoculation. Pourquoi donc, sous ce rapport, ne placerait-on pas la blennorrhagie à côté de la pustule plate ? Ce point a une très grande importance, car seul il suffit pour démontrer que c'est vainement que l'on a demandé à des pratiques inutiles ou dangereuses le secret de l'infection syphilitique.

Ainsi les adversaires de l'identité ont surtout bâti leurs attaques sur l'inoculation; mais il demeure établi pour moi que ce moyen est sans valeur, puisqu'il a donné des résultats différents, qu'il a servi à toutes les hypothèses, à tous les systèmes; sans valeur, puisqu'il ne prouve rien, pas plus par la réussite que par l'insuccès; sans valeur enfin, puisque, même en admettant l'inoculabilité de la blennorrhagie, cela ne prouverait pas qu'elle fût un résultat simple de l'irritation.

Il me reste à examiner ce qui démontre pratiquement qu'il y a une blennorrhagie syphilitique.

OBSERVATIONS.

De la décoction de Zittmann contre les maladies squameuses de la peau.

La décoction de Zittmann est un médicament empirique, qui a été vanté pour le traitement des maladies les plus graves, et surtout contre les affections syphilitiques. On l'a proposée aussi pour combattre les maladies de la peau les plus rebelles, et notamment les éruptions squameuses. C'est un mode de traitement fort accrédité dans certains pays, et dans lequel, en Al-

lemagne entre autres, on a beaucoup de confiance. Je l'ai déjà employée dans un grand nombre de cas, avec un succès inespéré dans les maladies syphilitiques graves, et principalement dans les cas où les os étaient malades : les résultats ont toujours été moins favorables quand j'y ai eu recours pour combattre les maladies de la peau non spéciales. Cependant je viens d'entreprendre une nouvelle série d'observations à ce sujet, et je me propose d'en faire connaître les résultats. Sur six malades mis en même temps à l'usage de cette décoction, quatre ont obtenu une amélioration évidente, mais seulement une amélioration. Chez les deux autres, dont je rapporte ici les observations, une fois la décoction de Zittmann n'a eu aucun effet, chez l'autre la guérison a été presque complète.

Psoriasis *traité par la décoction de Zittmann.* — Insuccès. —

Hôpital Saint-Louis. — Le nommé G....., âgé de 21 ans, tôlier, demeurant rue des Egouffes, né à Lyon, est entré dans mon service le 29 juin 1843.

Ce jeune homme, d'un développement moyen, n'a jamais été malade ; personne dans sa famille n'est affecté de maladie de peau. Il porte sur les bras et sur les jambes surtout, à leur partie externe, des plaques de psoriasis, caractérisées par des squames légères, blanches, chatoyantes, reposant sur un fond rougeâtre, légèrement saillant au dessus du niveau. Ces plaques, d'ailleurs très irrégulières, n'affectent aucune forme arrondie ; dans plusieurs points, et surtout au niveau des articulations, elles sont même confluentes, et forment des surfaces plus larges, continues, découpées de la manière la plus irrégulière à leur circonférence. Du reste, ces plaques ne sont accompagnées d'aucune chaleur ; il existe à peine des démangeaisons.

Il en a été affecté pour la première fois il y a quatre ans ; il eut à cette époque une peur très vive, et quinze jours après, il s'aperçut d'une éruption de petits boutons qui lui causaient quelques démangeaisons. Il les écorcha : les boutons devinrent plus nombreux, plus larges, et se recouvrirent de squames caractéristiques. Il n'a jamais eu la moindre affection vénérienne. Dans les premiers temps il fit des lotions avec l'eau de son, plus tard avec une décoction d'orties qui, d'après son dire, faisait disparaître les boutons ; cependant ceux-ci revinrent bientôt.

Le malade fut alors soumis à plusieurs traitements qui échouèrent ou n'amenèrent qu'une amélioration momentanée, et lors de son entrée dans mes salles, sa maladie existait dans toute son intensité.

Il fut admis le 29 juin ; l'éruption présentait alors les caractères que j'ai décrits. Huit jours après son entrée, son état général étant d'ailleurs très bon, il fut soumis au traitement par la décoction de Zittmann.

Le 8 juillet, le malade prit d'heure en heure les six pilules suivantes :

Jalap,	0, 60	6 pilules.
Gomme-gutte,	0, 15	
Aloès,	1, 00	

Le 3 juillet, le malade a eu quatre garde-robes. Il fut mis à l'usage de la décoction, qu'il commença le 11. Dans les premiers jours il eut dix selles par jour ; — aucun changement encore dans l'éruption.

Le 20 juillet, le malade n'a plus que six selles dans les vingt-quatre heures ; — aucune amélioration dans son état.

Le 2 août, vingt-cinq jours après le commencement du traitement, la décoction de Zittmann est suspendue ; — l'éruption n'est nullement modifiée. Le malade prend trois bains de vapeur par semaine, et de la tisane de chicorée.

Le plus souvent, il est utile de faire, comme on dit, deux cures, c'est à dire, après avoir laissé reposer un peu le malade, de recommencer l'usage de la décoction ; quelquefois même, dans les cas graves, on le continue sans interruption au delà de vingt-cinq jours, qui sont les limites du traitement ordinaire.

Le 14 août, le malade était à peu près dans le même état que le jour de son entrée. Je prescrivis de nouveau la décoction de Zittmann ; mais deux jours après, G..... ne put la continuer : il se plaignait de vives douleurs d'estomac. Il n'avait eu que quatre selles dans les vingt-quatre heures. La décoction fut suspendue.

Le 25 août, le malade, depuis quelques jours, ne prenait qu'une tisane amère et quelques bains simples ; il voulut sortir. Son psoriasis n'était que très légèrement améliorée.

Lèpre vulgaire, *traitée par la décoction de Zittmann.* — Guérison.

Hôpital Saint-Louis. — Le nommé T....., âgé de 29 ans, tonnelier, demeurant à Saint-Maur, né à Strasbourg, est entré dans mes salles le 27 juin 1843.

Cet homme grand, fort, n'a jamais été malade; il eut, il y a cinq ans, une blennorrhagie très aiguë qui dura trois semaines et se guérit sans traitement. L'affection cutanée qu'il présente est caractérisée par des squames légères, blanches, chatoyantes, disposées en cercles plus ou moins réguliers dont le centre est sain, dont les bords sont légèrement relevés; c'est une lèpre vulgaire. Cette affection squameuse occupe les coudes, la partie interne des bras, le dos et les jambes; les plaques sont moins abondantes à la partie antérieure du tronc; le mal a commencé il y a quatre ans par de petits points rouges d'abord, puis secs et blancs, et qui peu à peu devenant plus abondants et plus larges, se sont ainsi rangés en groupes arrondis. Il y avait dans les commencement de vives démangeaisons qui se sont apaisées plus tard. Cinq mois après le début de la maladie, T..... consulta un médecin qui lui ordonna *des pilules*. Il en prit d'abord quatre et augmenta de deux chaque jour, jusqu'à vingt; ces pilules ne le purgeaient pas, et sa maladie n'en fut nullement modifiée; il resta quelque temps sans rien faire. Il y a deux ans il consulta un autre médecin qui lui ordonna des pilules mercurielles; une salivation abondante survint, sans aucune amélioration pour l'affection cutanée; plus tard enfin, le même médecin posa sur les plaques squameuses des vésicatoires; on en appliqua environ dix à chaque bras; mais à peine la plaie était-elle guérie que les squames revenaient; enfin ce malade se décida alors à entrer à l'hôpital; sa santé était d'ailleurs parfaite.

Le 8 juillet il fut mis au traitement par la décoction de Zittmann. Il prit d'abord d'heure en heure les pilules suivantes:

Jalap.	0,60
Gomme-gutte.	0,15
Aloès.	1,00

Pour six pilules.

Pour le lendemain je prescrivis la décoction.

Le 9 juillet, le malade, à qui l'on avait recommandé de prendre les pilules d'heure en heure, les a toutes prises en une seule fois; il a éprouvé une superpurgation; il se plaint de douleurs d'estomac, on lui donne de la mauve sucrée, du bouillon seulement pour nourriture. Il devra garder le lit.

Le 11 juillet, étant tout à fait bien, il commence à prendre la décoction.

Le 12, il a eu huit garderobes pendant la nuit. On continue. T..... a pris la tisane de Zittmann pendant vingt-cinq jours. Dans les premiers jours il avait huit à dix selles dans les vingt-quatre heures; les derniers jours, il n'avait plus que cinq à six garderobes. Dès les huit premiers jours, il y eut une grande amélioration dans son état, et à la fin de ce traitement, c'est à dire le vingt-cinquième jour, les squames avaient disparu, l'on ne voyait plus que des taches dans les points qu'occupait l'éruption. Il faut noter que le malade, pendant presque toute la durée de ce traitement, a réellement gardé le lit, ce qui a eu certainement une influence favorable sur l'effet du médicament; quinze jours après que la décoction de Zittmann était suspendue, quelques squames ont reparu, mais légères.

Le 17 août, il l'a reprise de nouveau; son effet a été moins énergique que la première fois, il n'a plus eu que quatre à cinq garderobes dans les vingt-quatre heures.

Le 25 août, quelques plaques font encore une légère saillie au dessus du niveau de la peau et sont recouvertes par quelques squames très minces; aujourd'hui elles ont complètement disparu. Ce malade n'a pas pris de bains pendant toute la durée de son traitement.

Ce ne sont pas là, il faut bien le dire, toutes les conditions du traitement par la décoction de Zittmann telles qu'on les entend en Allemagne : ainsi, pour qu'il ne laissât rien à désirer, il faudrait que la quantité d'aliment fût strictement réduite à 200 ou 250 grammes; il faudrait que les malades fussent tenus continuellement, au milieu d'une température élevée et égale, chose que nous ne pouvons pas obtenir dans nos grandes salles de malades, et surtout de malades *qui se portent bien*, et qu'on ne parvient même pas toujours facilement à faire réellement garder le lit. Ce sont là, je le repète, des raisons pour lesquelles, sans doute, nos résultats sont toujours moins heureux que ceux que l'on obtient, il paraît, autre part. Ainsi, il semblerait résulter des observations faites dans ces conditions, que la décoction de Zittmann réussit d'autant mieux qu'elle purge moins et qu'elle provoque des transpirations plus abondantes; c'est toujours l'effet opposé que nous obtenons dans nos hôpitaux.

LUPUS SYPHILITIQUE (forme rare) DE LA FACE. — (*Guérison par la solution d'iodure de potassium sans application topique, sans cautérisation.*)

Hôpital Saint-Louis. — Le nommé H....., Jean-Baptiste, âgé de 35 ans, terrassier, de-

meurant à Paris, rue de la Petite-Truanderie, né à Prédreauville (Seine-et-Oise), est entré dans mon service le 6 mai 1843.

Cet homme, d'un développement moyen, d'une bonne constitution, sauf quelques légères indispositions, a toujours joui d'une parfaite santé; personne dans sa famille n'est affecté de *dartres*, et lui-même, avant l'apparition de la maladie qui l'amène dans nos salles, n'a jamais eu d'affection cutanée; interrogé avec soin et à plusieurs reprises sur les maladies vénériennes qu'il aurait pu avoir contractées, il a toujours assuré que jamais il n'en avait eu; il n'aurait eu ni blennorrhagie, ni chancre, pas le moindre écoulement; il ne pouvait non plus donner aucun renseignement tant soit peu précis, à ce sujet, sur la santé de ses parents. Quoi qu'il en soit, voici, lors de son entrée, les caractères qu'offrait l'affection pour laquelle il venait demander nos soins.

H.... présentait, sur la partie droite de la figure, une surface ulcérée, croûteuse, offrant les caractères d'un lupus; l'ulcération s'étendait de la partie moyenne de l'extrémité nasale à toute la largeur de l'aile droite du nez; un demi-centimètre environ de cette narine, à partir de l'autre bord libre, avait disparu par les progrès du mal, et des croûtes peu épaisses, verdâtres, en recouvraient les bords ulcérés, obstruaient presque complètement l'ouverture nasale droite, et s'étendaient sur le bord libre de la cloison. Elles étaient plus épaisses dans l'angle de réunion de la narine et de la face; cette partie centrale était entourée d'un cercle rouge-brun assez foncé présentant çà et là quelques squames légères, blanchâtres; la joue était manifestement tuméfiée, ainsi que la lèvre supérieure, et cette tuméfaction ne présentait pas cette bouffissure, ce gonflement, qui sont comme ordinaires au lupus; et en dehors de cette aréole assez épaisse, rouge-brunâtre, on voyait çà et là quelques tubercules de même teinte, durs au toucher, offrant aussi une légère desquamation. Il en existait un surtout très volumineux auprès de la commissure droite de la bouche. Les tubercules n'avaient rien non plus de la mollesse des tubercules du lupus.—Ils n'étaient pas aplatis, ils étaient durs, saillants, à surface luisante et polie. — D'un autre côté, les croûtes étaient peu épaisses, et les ulcérations qu'elles recouvraient, toutes superficielles, ne présentaient rien de cet aspect des ulcérations syphilitiques; ici, pas de bords coupés à pic, à proprement parler; — pas de circonférence grisâtre, pas de forme bien nettement arrondie.

Interrogé sur le début et le développement de sa maladie, cet homme nous apprit qu'elle commença, il y a environ huit mois, par un *bouton* situé au bord inférieur de la narine droite; ce bouton, dont il ne souffrait nullement, grossit insensiblement, s'ulcéra; le mal faisant des progrès, les environs de la plaie devenant rouges, il se décida à consulter, et le mois de mars dernier il se mit entre les mains d'un charlatan qui lui promit sa guérison. On fit appliquer une pommade et prendre des pilules dont il n'a pu nous faire connaître la nature. Après environ un mois, voyant que le mal, au lieu de guérir, faisait des progrès, il cessa tout traitement et se décida enfin, le 6 mai, à entrer à l'hôpital; la forme de la maladie, celle des ulcérations, leur physionomie pour ainsi dire, étaient bien celles du lupus, mais d'un autre côté la teinte particullère de l'aréole dont nous avons parlé, la couleur des croûtes, la nature des tubercules, l'âge du malade, me firent reconnaître quelque chose de spécial. Je vis dans cette affection une de ces formes mixtes, fort rares, ou au moins qui n'ont pas encore jusqu'ici fixé l'attention des médecins, et qui traduisent à la fois un état lymphatique et une syphilis plus ou moins ancienne.

Je me proposai, dans tous les cas, de chercher dans le traitement un argument de plus en faveur de cette opinion ou contre elle; je résolus de m'abstenir complètement des moyens qui modifient ordinairement le lupus, c'est à dire des applications topiques; et je n'eus recours qu'à un traitement intérieur.

Le malade fut soumis à l'iodure de potassium, et prit pour tisane une infusion de chicorée sauvage, deux bains de vapeur par semaine; comme régime alimentaire, je le mis aux 5 portions (*maximum*); il commença d'abord par prendre une cuillerée à bouche de solution iodurée (solution forte); huit jours après il en prit deux, il fut enfin mis à trois, puis continua cette dose jusqu'au jour de sa sortie, *le* 13 *août*, c'est à dire pendant près de trois mois.

Sous l'influence de ce traitement interne, son affection s'est singullèrement modifiée; il y avait à peine un mois qu'il était dans nos salles, qu'une amélioration notable s'était déjà manifestée; les croûtes existaient encore, mais la teinte rouge-brunâtre avait perdu de son caractère, les tubercules étaient moins volumineux; la maladie, depuis, a toujours fait des progrès vers la guérison, et le jour de la sortie du malade, il n'y avait plus aucune croûte, toutes les parties ulcérées étaient cicatrisées, les tuber-

cules n'existaient plus, à l'exception toutefois de celui qui avoisinait la commissure droite de la bouche, et qui présentait sous le doigt une mollesse remarquable, une sorte de fluctuation. Quoique la guérison ne fût pas parfaite, ce malade a voulu sortir malgré nos instances, en laissant, comme cela nous arrive tous les jours, incomplète une observation des plus intéressantes, et ce qu'il y a de pire, en compromettant une guérison si importante pour lui; mais son état était des plus *satisfaisants*, et puis aussi le résultat avait été assez prononcé pour qu'à mes yeux le fait fût aussi concluant que si le malade avait eu la patience de rester quelque temps encore.

Cette observation présente l'exemple d'un cas très curieux, et bien qu'elle ne soit pas complète, sous le rapport du résultat définitif du traitement, elle mérite à plus d'un titre de fixer l'attention des praticiens. Biett, mon honorable maître, avait observé des faits qui l'avaient conduit à penser que la syphilis héréditaire pouvait se traduire à un âge déjà avancé de la vie par des symptômes quelquefois bien évidents. Parmi ces formes rares et souvent graves, dont j'aurai occasion de publier plusieurs exemples, il y en a une dans laquelle le tempérament syphilitique, si je puis dire ainsi, allié à une constitution scrofuleuse, se manifeste par une forme mixte, qui tient à la fois et du tempérament lymphatique et de la syphilis; qui ne trahit exclusivement ni l'un ni l'autre, ou plutôt qui les trahit tous les deux. J'en ai déjà vu plusieurs exemples. J'en ai déjà publié un pris dans les salles de Biett (1); celui-ci n'est pas moins curieux. L'époque à laquelle a paru la maladie, ses caractères, les résultats du traitement général employé d'une manière exclusive, tout conduit à ne laisser aucun doute sur l'existence du *lupus syphilitique*.

AFFECTION SYPHILITIQUE DE LA GORGE, AINSI QUE DES PARTIES MOLLES ET DURES DES FOSSES NASALES, SURVENUE TREIZE ANS APRÈS LES SYMPTÔMES PRIMITIFS SANS ACCIDENT INTERMÉDIAIRE. — *Traitement par les pilules de Dupuytren*, SANS SUCCÈS. — *Iodure de potassium*, GUÉRISON.

Hôpital du Midi, service de M. Vidal (de Cassis).

H...., Victor, âgé de 36 ans, couvreur, marié, cheveux chatain-clair, yeux brun-clair, peau assez blanche, système musculaire développé, est entré, le 9 mars 1843, à l'hôpital du midi, salle 10e, n° 20.

Ce malade, d'une intelligence médiocre, mais dont les souvenirs sont néanmoins très précis, et qui prend un grand soin de sa santé, donne les renseignements suivants sur son état antérieur à la maladie actuelle:

Au commencement du mois d'août 1830 il se rendit, à la suite d'excès alcooliques, dans une maison publique, et trois ou quatre jours après il vit apparaître un écoulement jaune-verdâtre par le canal de l'urèthre, et trois ulcérations arrondies, grisâtres, du volume d'une forte tête d'épingle, sur la couronne du gland. Les chancres durèrent environ quinze ou vingt jours, ne s'accompagnèrent d'aucune induration, et ne laissèrent aucune trace; l'écoulement persista pendant trois mois entiers sans que le malade s'exposât à aucune nouvelle contagion, et bien qu'il s'abstint de cohabiter avec sa propre femme. Il fut traité par le pharmacien de son pays qui lui fit prendre, pendant quinze jours, d'abord deux, puis trois pilules dont il ne connaît pas la composition; il but de plus, pendant un mois, deux bouteilles de tisane de gaïac par jour.

Avant cette époque il n'avait jamais eu aucune maladie, soit syphilitique, soit d'une autre nature. Depuis il a été malade une seule fois, il y a deux ans; la maladie qu'il éprouva se développa à la suite d'une immersion, jusqu'aux aisselles, dans l'eau froide pendant une heure et par un temps froid, au mois de février; elle se caractérisa par des douleurs dans les deux régions lombaires, avec une fièvre très légère les premiers jours; elle dura six semaines et n'apporta pas de trouble dans les fonctions de la digestion.

Jamais il n'a eu d'éruption locale ou générale sur la peau; jamais aucune douleur articulaire ou autre; jamais de maux de gorge ni d'altération de la voix.

Au mois de janvier de l'année dernière il commença, pour la première fois, à éprouver une sensation de gêne douloureuse de la déglutition en même temps qu'une difficulté de respirer par la narine droite. Ces symptômes augmentèrent peu à peu et s'accompagnèrent de douleurs modérées à la gorge, même hors le temps de la déglutition; bientôt il s'y joignit de la toux et un écoulement muco-purulent par la narine droite; cet écoulement d'abord inodore prit une odeur désagréable; enfin, il y a un mois il se manifesta

(1) *Traité des Syphilides*, page 546, 88e observation.

dans les fosses nasales des douleurs modérées qui, jusqu'à ce jour, ont toujours augmenté, et qui maintenant incommodent le malade, principalement la nuit, où elles se font sentir le plus vivement; en même temps il survint une croûte au dessous de la narine droite; le nez et la voûte palatine commencèrent à se déformer, et la déformation a constamment augmenté depuis; c'est même cette dernière circonstance qui l'a engagé à demander des soins à un médecin de son pays, lequel ne lui a prescrit aucun traitement et l'a engagé à venir se faire soigner à Paris.

Etat actuel le 10 *mars* 1843 : Le nez est aplati, et l'aplatissement paraît dû entièrement à la destruction du cartilage de la cloison, car les parties osseuses du nez paraissent avoir la forme normale, ce qui résulte d'ailleurs des renseignements du malade, qui assure que la partie inférieure seule a subi une déformation; l'aplatissement du nez a eu pour résultat de rendre le diamètre antéro-postérieur des narines extrêmement étroit, en sorte qu'il est impossible d'explorer l'intérieur des fosses nasales; une assez grande quantité de fluide muco-séro-purulent roussâtre, s'écoule par la narine droite; à la partie supérieure de la lèvre, dans toute la portion correspondante à cette narine, ainsi que sous l'aile du nez de ce côté, existe une croûte épaisse, jaune blanchâtre, qui se prolonge dans l'intérieur du nez; les environs de la croûte offrent une tuméfaction peu prononcée, et un liseré d'un rouge légèrement violacé, d'une à deux lignes de large, suivant les points. La voûte palatine semble être rétrécie surtout en avant, où elle offre de plus une élévation considérable de sa partie moyenne. Il résulte de cette élévation, que les incisives supérieures moyennes sont sur un plan supérieur de près d'un centimètre à celui des latérales extrêmes, et que la rangée des incisives supérieures forme une courbe très prononcée à concavité inférieure; toutes ces dents sont ébranlées, mais aucune n'est encore tombée. Le voile du palais est détruit dans sa moitié inférieure, et ce qui en reste est tendu horizontalement jusqu'à la partie postérieure du pharynx; le bord libre devenu, de cette façon, postérieur au lieu d'être inférieur, est entièrement occupé par une ulcération. Le pharynx et les amygdales sont à l'état d'intégrité parfaite. La voix n'est pas altérée; les liquides et la soupe reviennent quelquefois par le nez pendant la déglutition, mais non pas d'une manière constante; les solides ne reviennent jamais. L'haleine ainsi que le liquide qui s'écoule par le nez, a une odeur fétide très prononcée. Des douleurs existent dans la région du front et de la gorge, des fosses nasales et de la lèvre supérieure; ces douleurs ordinairement lancinantes, quelquefois analogues à celles que déterminerait un insecte qui rongerait lentement les tissus, s'exaspèrent ordinairement tous les soirs de 9 à 11 heures; dans la journée elles sont très supportables. Depuis deux jours seulement, le malade éprouve des douleurs vagues très légères dans la profondeur des membres. Ceux-ci ne présentent du reste aucune lésion anatomique appréciable.

Les fonctions générales sont conservées; le sommeil seul est détruit pendant la première moitié de la nuit.

On prescrit : tis. de salsp.; 2 pil. de Dupuytr. 2/5. de portion.

Le 20, aucune amélioration n'est survenue; l'ulcération qui existait sur la lèvre supérieure au-dessous de la croûte déjà signalée, gagne même en étendue et en profondeur; l'écoulement nasal est plus considérable et tout aussi fétide; les douleurs sont les mêmes ainsi que les fonctions générales. — On donne une pilule de plus.

Malgré ce traitement l'ulcération de la lèvre continue à s'étendre, et les autres symptômes restent à l'état stationnaire.—Le 5 avril, on supprime les pilules de Dupuytren, et on les remplace par l'iodure de potassium à la dose d'un gramme.

Le 10, il y a une amélioration sensible des douleurs; les bords de l'ulcération de la lèvre sont aussi un peu moins rouges, et paraissent un peu moins élevés; un peu plus de sommeil. On donne 2 grammes du médicament et on en porte progressivement la dose jusqu'à 7 grammes en augmentant d'un gramme tous les quatre ou cinq jours. Le 15, la cicatrisation de la lèvre commence d'une manière non douteuse; les bords de l'ulcération pâlissent et s'affaissent; la sécrétion nasale devient moins abondante, moins épaisse et moins fétide; les douleurs ont entièrement cessé le 25. L'amélioration continue sans interruption et la guérison est complète le 14 mai. A cette époque il n'y a qu'une très légère sécrétion muqueuse transparente, non fétide, par le nez; l'haleine est aussi sans odeur; les dents et la voûte palatine conservent la forme déjà indiquée; mais les premières sont solides dans leurs alvéoles; enfin le voile du palais est entièrement cicatrisé; il conserve également la forme déjà décrite, et quelques rougeurs cuivrées persistent sur la face antérieure devenue inférieure. D'ailleurs, malgré la grande perte de substance que le malade a éprouvée, la déglutition

se fait à peu près comme dans l'état normal. Les liquides ne reviennent plus par le nez. On continue le traitement jusqu'au 22 mai, jour de la sortie du malade. — Ce malade habitué à fumer cinq à six pipes de tabac par jour en a toujours fumé sept à huit depuis qu'il est à l'hôpital, malgré les recommandations contraires qu'on lui a faites. L'ennui qu'il éprouvait à l'hôpital, rendait le besoin de fumer tout à fait irrésistible. Il promit en quittant l'hôpital d'écrire de son pays aussitôt qu'il se manifesterait quelque apparence de récidive, et jusqu'à ce jour (7 août) aucune nouvelle n'a été reçue.

Le fait qui précède, qui aurait surtout de l'importance s'il était ajouté à quelques autres faits de même nature, ne manque pas cependant d'un certain intérêt considéré isolément, d'autant mieux que la précision des souvenirs du malade, la concordance des renseignements qu'il a donnés à plusieurs fois différentes, rendent ces derniers dignes de confiance. Je m'arrêterai un instant sur les trois points les plus saillants que nous offre son histoire.

Le premier consiste dans l'apparition d'une affection du système osseux sans qu'il ait préalablement existé des éruptions syphilitiques sur la peau ou sur les muqueuses. On sait que dans ces derniers temps l'ordre suivant lequel se succèdent les différents symptômes syphilitiques a été considéré comme à peu près invariable, et que, d'après cette considération, on a cru pouvoir diviser les symptômes de la syphilis constitutionnelle en *secondaires* et *tertiaires*, les premiers devant nécessairement précéder les seconds dans l'ordre de leur manifestation. Mon intention n'est pas d'aborder aujourd'hui cette question, qui exige, pour être convenablement traitée, des développements que j'espère lui donner plus tard. Je me borne seulement à faire remarquer que le fait qu'on vient de lire ne s'accorde pas avec cette manière de voir. A la vérité, on pourrait objecter que le malade dont il a été question avait probablement fait un traitement mercuriel qui avait eu pour résultat d'empêcher le développement des accidents secondaires sans s'opposer aux accidents tertiaires. C'est encore là une explication qu'il ne m'est pas possible d'aborder aujourd'hui, mais que je puis d'avance déclarer inexacte, attendu que des accidents semblables à ceux qu'on vient de voir se rencontrent chez des individus qui n'ont jamais subi aucun traitement mercuriel, comme j'espère en fournir quelques exemples dans la suite de ce recueil.

Le second point, qui n'acquiert de l'intérêt qu'en raison de l'importance que quelques auteurs ont accordée à l'induration syphilitique primitive dont ils ont fait le signe infaillible et constant d'une infection générale, consiste précisément dans l'absence de cette induration chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente. Pour ceux qui, comme nous, sont convaincus qu'il existe déjà une infection générale avant tout symptôme local, l'importance d'une induration locale ne peut être que fort secondaire, et le fait qu'on vient de lire doit paraître fort naturel; mais comme notre but dans ce recueil est avant tout d'exposer les faits, et de laisser à chacun le soin d'en tirer telles conclusions que de droit, je n'ai pas cru devoir passer sous silence la circonstance dont il a été question.

Enfin le troisième point, exclusivement pratique, sur lequel je désire attirer l'attention, est la guérison rapide qui a suivi l'emploi de l'iodure de potassium, malgré le grand nombre de fois que le malade fumait chaque jour. Je ne voudrais pas affirmer assurément que les inconvénients attribués à la pipe dans les affections syphilitiques de la bouche et de la gorge soient tout à fait dénués de fondement, je veux seulement faire remarquer que dans certains cas au moins l'action de fumer, alors même qu'elle est répétée pendant le traitement plus qu'auparavant, n'entrave en rien la guérison des malades.

Je ne dirai rien de l'insuccès du traitement mercuriel et du prompt succès de l'iodure de potassium, me réservant de revenir sur cette importante question de thérapeutique lorsque des faits plus nombreux auront passé sous les yeux de nos lecteurs.

H. DE C...

SYPHILIDE TUBERCULEUSE EN GROUPES. — COMPLICATIONS GRAVES. — TESTICULE VÉNÉRIEN. — ULCÈRE PHAGDENIQUE ACCIDENTEL A LA SUITE D'UNE MORSURE DE SANGSUE. — ANGINE ULCÉREUSE. — LARYNGITE. — BLENNORRHAGIES POUR SYMPTOMES PRIMITIFS. — JAMAIS DE CHANCRES. — PAS DE TRAITEMENT SPÉCIAL POUR LES BLENNORRHAGIES, PLUS TARD TRAITEMENTS MERCURIELS. — GUÉRISON PAR L'IODURE DE POTASSIUM, ET A LA FIN, L'IODURE DE MERCURE.

J. C..... médecin, célibataire âgé de 30 ans, est d'un tempérament sanguin, d'une constitution

robuste, très vigoureux : il a éprouvé plusieurs maladies inflammatoires, plusieurs fluxions de poitrine, un rhumatisme aigu.

A l'âge de 19 ans, C... a contracté un écoulement blennorrhagique, sans complication de chancre; pendant neuf mois, il a suivi, dit-il, un traitement rigoureux, il a tout pris, *excepté du mercure*; l'écoulement a persisté malgré tous les moyens employés pour le combattre; il n'a jamais cessé complètement. Il disparaissait pendant deux ou trois semaines pour reparaître ensuite, et toujours ainsi.

C... s'est d'ailleurs exposé à des infections nouvelles, car il a contracté à diverses reprises cinq ou six blennorrhagies, soit que ces écoulements fussent le résultat d'autant d'actes contagieux distincts, ou l'expression multiple de la réapparition à l'état aigu du premier écoulement qui n'avait jamais été guéri. Ces blennorrhagies ont été presque toujours *cordées* et accompagnées de symptômes d'inflammation très intense. C... n'a jamais eu d'ailleurs, à aucune époque, de chancres à la verge ou à la gorge. Il était, lors de son infection première, élève des hôpitaux; il y est resté plusieurs années. Il était à Beaujon, pendant le choléra, et c'est à cette époque qu'il s'est surtout traité pour la première *chaudepisse*; depuis, il n'a suivi que des traitements incomplets, presque exclusivement par le baume de copahu; il s'est d'ailleurs et pendant de longues années livré à toutes sortes d'excès. Son état ne s'est jamais modifié que très imparfaitement.

Il y a dix-sept mois, C... contracta un écoulement qui dura deux mois, fut coupé par le copahu et disparut. Le 26 juillet 1842, alors que depuis deux mois il n'existait plus de trace du symptôme primitif, C... ressentit en marchant une secousse violente par suite d'un faux pas : il se développa à la suite de cet accident une orchite très volumineuse. On appliqua 120 sangsues en deux fois : et le proto-iodure de mercure fut administré en pilules; l'amygdale gauche devint le siège d'une ulcération à fond grisâtre, à bords taillés, à pic; cette ulcération s'était rapidement étendue, et l'angine était accompagnée d'une tuméfaction assez considérable pour gêner la déglutition.

L'amygdale droite était devenue presque en même temps le siége d'une ulcération nouvelle qui fit moins de progrès que celle de gauche. On prescrivit des gargarismes additionnés de liqueur de Vanswiéten. Il se développa à cette époque un nouveau symptôme tout à fait accidentel : une des sangsues appliquées pour combattre l'orchite s'était détachée et avait fait une nouvelle morsure sur le dos de la verge : il en résulta une petite croûte qui tomba, laissant à découvert une petite plaie à laquelle C... ne fit nulle attention. Une nouvelle croûte se forma pour tomber aussi, et ainsi de suite pendant six semaines environ; à cette époque cette plaie était devenue un chancre horrible, chancre phagédénique qui fit bientôt d'affreux ravages, et présenta en peu de temps une étendue oblongue de trente millimètres environ sur vingt millimètres de largeur; la profondeur était telle (huit à dix millimètres) que C... dut craindre la chute d'une partie de la verge. Le traitement par le proto-iodure avait été continué pendant trois semaines environ, sans produire autre chose qu'une amélioration peu marquée.

Sous l'influence des symptômes graves qui s'étaient manifestés coup sur coup, C... avait éprouvé un affaiblissement général, une prostration profonde de ses facultés; il était en proie à une irritabilité des plus vives; il avait des pesanteurs de tête, de l'abattement; il tombait dans un état de marasme de plus en plus prononcé; déjà même il avait eu des pensées de suicide. Dans cet état et d'après le désir de sa famille, C... se soumit à un traitement empirique. On lui appliqua de 60 à 80 ventouses par jour, pendant 20 minutes sur le ventre, pendant 20 minutes sur le dos : on les continuait ainsi pendant 12 jours, puis il se reposait 6 à 8 jours : il prit des bains de pieds de 2 heures, simples et mercuriels, pendant lesquels il aspirait du proto-iodure de mercure dissous dans de l'alcool. On lui fit prendre de l'onguent mercuriel par le rectum.

Pour faire sortir la maladie, on fit faire à C... des frictions, tantôt sur la poitrine et tantôt sur sur le dos, avec le tartre stibié. Ces applications déterminèrent une éruption pustuleuse, dont les caractères rappelèrent d'abord ceux de l'ecthyma; cette éruption était confluente. Presque en même temps il s'était développé sur l'épaule gauche des plaques qui avaient une couleur particulière, qui persistèrent et devinrent le début de l'éruption que C. porte aujourd'hui.

Le traitement fut continué pendant deux mois : il en était résulté surtout une amélioration morale prononcée, car dans les premiers jours principalement il y avait eu une modification marquée des symptômes; en neuf jours le chancre de la verge s'était complètement cicatrisé. Cependant l'état de C... était encore assez grave quand je le vis dans les premiers jours d'avril 1843.

Au premier aspect, la peau présentait en gé-

néral une teinte toute particulière, qui accusait l'influence profonde de la syphilis; elle était terne, plombée, elle avait perdu sa transparence normale.

La gorge était le siège d'une inflammation spéciale très intense: l'amygdale gauche avait été presque entièrement détruite, et était, ainsi que l'amygdale droite, le siège d'ulcérations persistantes. La voix était rauque, sourde, la déglutition toujours difficile; il y avait une petite toux sèche.

La membrane pituitaire était le siège d'une inflammation ulcéreuse qui m'inspira de sérieuses inquiétudes. C... déclara, en effet, que depuis six semaines environ il mouchait souvent des croûtes sèches, noirâtres qu'il avait beaucoup de peine à arracher: elles étaient sanglantes du côté adhérent, et leur avulsion avait déterminé souvent de petites hémorrhagies. L'expérience m'a appris, en effet, que ce sont souvent les préludes de désordres irréparables.

C..... présentait enfin une éruption qui avait débuté au dos, point où avaient surtout été faites les frictions avec le tartre stibié, et qui couvrait aujourd'hui toute la face dorsale, les bras, les parties supérieures de la poitrine, la partie inférieure du visage, avec une apparence presque confluente, et qui se montrait beaucoup plus discrète et plus rare sur les autres points du corps. Elle présentait les caractères suivants :

Tous les points indiqués plus haut étaient le siège de tubercules peu saillants, régulièrement arrondis, disposés en cercles d'un diamètre variable, offrant la teinte syphilitique bien tranchée qui résultait et de la coloration des tubercules eux-mêmes et de celle du centre de ces petits disques. Cette teinte franchement cuivrée ne permettait aucun doute sur la nature de l'éruption. Celle-ci était tellement confluente à la région dorsale que l'on avait peine à pouvoir retrouver sur ce point sa forme circulaire, et les cercles tuberculeux étaient mêlés les uns avec les autres de manière à ne plus présenter qu'un aspect tout à fait indéterminé. La plupart de ces tubercules présentaient à leur sommet de petites squames, dures, grisâtres, assez adhérentes, et pour que rien ne manquât au diagnostic, on retrouvait principalement à la partie inférieure gauche de la région lombaire des ulcérations superficielles caractéristiques qui avaient succédé évidemment à un certain nombre de tubercules qui s'étaient réunis dans cet endroit.

Je reconnus à ces caractères une syphilide tuberculeuse en groupes, avec des complications dont il était facile d'apprécier la gravité. Je mis C.... à l'usage de l'iodure de potassium (solution forte); il en prit une cuillerée par jour d'abord, puis deux): ce traitement, aidé de l'usage d'une décoction de salsepareille et de bains de vapeur aqueux à l'étuve, répétés trois fois la semaine, fut continué pendant un mois. A cette époque, l'inflammation ulcéreuse de la membrane pituitaire était complètement modifiée, l'état de la gorge s'était considérablement amélioré; les tubercules, après avoir pâli, s'étaient affaissés. Il ne restait déjà plus de l'éruption qu'une teinte grisâtre offrant encore la teinte particulière aux affections syphilitiques. Les ulcérations superficielles de la région dorsale étaient cicatrisées. La voix était restée sourde et voilée.

Je conseillai alors l'emploi du proto-iodure de mercure. — Le malade en prit d'abord 5 centigrammes en deux pilules, puis il augmenta progressivement jusqu'à 10 centigrammes dans les vingt-quatre heures, en quatre pilules.

Sous l'influence de cette médication, l'éruption disparut complètement, et, après trois semaines, il ne restait rien des symptômes graves qui avaient pu faire concevoir à C.... de si sérieuses inquiétudes. Il continua trois semaines encore, à doses successivement décroissantes. La peau a repris son teint normal, et aujourd'hui la guérison peut être regardée comme complète.

Cette observation est intéressante sous plusieurs points de vue. D'abord c'est un exemple de syphilis *dite constitutionnelle*, ou mieux de symptômes secondaires, après une ou plusieurs blennorrhagies, et sans chancres antérieurs ni bubons. D'un autre côté, c'est un exemple de cette condition que je regarde comme indispensable pour la production des symptômes consécutifs, je veux parler d'une cause accidentelle. Ainsi c'est une orchite à la suite d'un faux pas, d'une contusion du testicule; c'est une syphilide tuberculeuse générale à la suite de frictions irritantes.

Un point bien important encore dans cette observation, c'est la production accidentelle d'un ulcère vénérien, ulcère phagédénique, à la suite d'une morsure de sangsue. Ce fait dont j'ai vu plusieurs fois les analogues, ce fait d'un ulcère vénérien deux mois après la disparition d'un symptôme primitif, d'une blennorrhagie, déterminé par une piqûre accidentelle, démontre que le chancre n'est pas une affec-

tion locale, et que même, produit occasionnellement, il peut revêtir les caractères de gravité asssignés au chancre primitif le plus aigu ; et en supposant même que l'on voulût voir ici, après ces deux mois de guérison apparente, encore une syphilis primitive, ce fait d'ulcère accidentel démontre que l'inoculation de l'homme malade lui-même n'a aucune valeur, même quand elle réussit, puisque une plaie faite sans l'inoculation de la matière virulente peut, dans quelques cas, produire le même résultat que cette inoculation.

Cette observation nous montre encore, comme conséquence de la blennorrhagie, la *forme ulcéreuse* de la syphilis, forme ulcéreuse que l'on retrouve aux amygdales, à la pituitaire, à la peau de la verge, etc.

Faut-il ajouter que, pour combattre les symptômes primitifs, le malade n'a point eu recours au mercure, et que cette circonstance peut être pour beaucoup, et dans la persistance des symptômes primitifs, et dans la gravité des accidents secondaires?

REVUE.

Cas de farcin aigu chez l'homme, *par* David Craigie.

Un conducteur d'omnibus, John Dixon, âgé de 61 ans, malade depuis une huitaine de jours, ayant de la diarrhée, quelques vomissements, une sensibilité très vive de tout le corps, des douleurs de tête et un délire tranquille, fut amené, le mercredi 16 novembre 1842, à l'infirmerie royale. Il présentait alors, outre ces symptômes et une perte presque complète des facultés intellectuelles, des soubresauts dans les tendons, un tremblement presque continuel de la machoire inférieure et des paupières; le pouls était petit, faible et très fréquent. On remarquait sur les jambes plusieurs traces de cicatrices d'anciens ulcères; quelques unes étaient encore recouvertes de croûtes.

Sur les extrémités et diverses parties du corps il existait plusieurs tumeurs légèrement élevées au dessus du niveau de la peau, de forme elliptique, offrant une teinte rouge foncée, et dont quelques unes étaient élastiques et présentaient un commencement de suppuration.

Toute la surface des téguments qui recouvrent la mâchoire inférieure était légèrement gonflée, et les glandes sous-maxillaires un peu tuméfiées. Au côté gauche du menton, et s'étendant jusqu'à l'angle de la mâchoire du même côté, existait une tuméfaction diffuse avec rougeur et tension des parties; et la surface de la peau se trouvait couverte d'une grande quantité de corps blanchâtres, larges et serrés les uns contre les autres, qui, au premier abord, ressemblaient à des tubercules, mais qui, à un examen plus attentif, offraient l'apparence de pustules vésiculeuses.

Ils étaient presque circulaires, d'un diamètre d'environ 2 lignes, sensiblement élevés au dessus du niveau de la peau, et présentaient un sommet large, aplati et blanchâtre, comme s'ils étaient constitués par une pellicule recouvrant un fluide purulent et opaque. La peau sur laquelle ces pustules vésiculeuses étaient insérées, comme celle qui leur était intermédiaire, était résistante, ferme, mais non élastique; cependant la peau de la joue, à une ou deux lignes plus loin, avait son apparence normale.

Cet homme resta dans le même état les jours suivants, malgré les purgatifs et les anti-spasmodiques qu'on put lui administrer, et le 19, après un accroissement du désordre nerveux, il mourut vers six heures du soir.

Quant aux pustules vésiculeuses du menton, le 18 elles étaient devenues plus larges et plus distinctes, quelques unes s'étaient ouvertes et avaient laissé écouler de la sérosité sanguinolente; le lendemain la rougeur et la tuméfaction de la peau étaient restées au même point, mais les pustules s'étaient encore élargies, elles se confondaient davantage. Sur les extrémités inférieures, sur le tronc, et même sur les bras, était dispersé un nombre considérable de petites pustules vésiculeuses de forme elliptique, entourées à leur base d'une aréole rouge, ayant un sommet élevé, arrondi, contenant une matière blanche opaque qui semblait se trouver immédiatement au dessous de l'épiderme, et reposer sur la surface de la *cutis vera*. Toutes ces pustules étaient distinctes, non cohérentes ; les tumeurs larges et rouges que nous avons dit exister sur les corps, étaient devenues rondes, élastiques et fluctuantes, mais on pouvait observer que la matière était évidemment renfermée au dessous

de la cutis vera, et non pas, comme dans les pustules, au dessous de l'épiderme.

Les principales lésions que démontra l'autopsie furent : 1° une accumulation de pus dans le péricrâne de l'os frontal gauche; 2° un épanchement séreux dans les cavités cérébrales et le tissu sous-arachnoïdien; 3° un large abcès gangréneux au sommet du poumon droit avec quelques traces d'hépatisation; 4° des caillots oblitérant le calibre des veines; 5° les tumeurs qui existaient sur les extrémités furent incisées, et on les trouva composées d'une matière purulente épaisse, caillebotée, existant sous la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané, et y étant entourée d'une espèce de kyste imparfait.

Voici le résumé des principales réflexions que ce fait suggère au médecin écossais.

Outre les symptômes généraux qui ont été notés et le développement des abcès, l'éruption des pustules vésiculeuses sur le côté gauche du menton et de la branche gauche de la mâchoire inférieure est un phénomène assez singulier pour réclamer une attention particulière. Ces pustules ne ressemblaient à aucune éruption connue par le docteur Craigie; elles différaient du sycosis par leur volume, leur apparence, leur situation et leur disposition; ainsi les tubercules du sycosis sont ordinairement rouges, ronds, non larges et plats, ils sont uniformément répandus sur le menton ou les lèvres, et ne se trouvent jamais rassemblés sur un même point, comme ces pustules l'étaient sur la branche gauche de la mâchoire.

L'éruption de vésicules qui se montra sur le corps 2 jours seulement après l'entrée du malade à l'infirmerie, constitue un fait, autant qu'on peut le penser, particulier et isolé. Les vésicules n'offraient de ressemblance, ni avec celles de la variole, ni avec celles de la vaccine, ni avec aucune des éruptions secondaires de la syphilis. Elles étaient trop nombreuses pour être rapprochées du rupia, seule maladie à laquelle on aurait pu les comparer, car elles n'affectaient pas aussi profondément le derme que celle-ci le fait. Elles différaient aussi de l'ecthyma par leur position plus superficielle et leur caractère vésiculeux.

D'un autre côté, cette éruption, ainsi que les dépôts de matière purulente, semblaient être l'effet de l'absorption d'un poison. En effet, leur apparition avait été précédée de phénomènes morbides constitués par un trouble très prononcé des systèmes nerveux et circulatoire, période que l'on peut regarder comme une véritable incubation durant laquelle le poison entraîné par le torrent circulatoire exerça son influence sur les différents tissus. L'éruption vésiculo-pustuleuse du menton peut être elle-même considérée comme un effet éloigné ou consécutif de la même cause.

Ce fut principalement l'éruption des vésicules, survenue le 19, et la formation des dépôts purulents, qui firent penser au docteur Craigie que John Dixon était atteint ou de morve aiguë, ou de farcin aigu. Il fut confirmé dans cette opinion par l'examen du cadavre, qui montra un abcès gangréneux au sommet du poumon droit et le sang coagulé dans les veines. Cependant, pour admettre que la maladie fût une morve aiguë, il lui manquait quelques symptômes considérés comme caractéristiques et fort importants, c'est à dire l'écoulement ichoreux des narines, l'inflammation gangréneuse de la face, et la dégénérescence pustulo-tuberculeuse de la muqueuse nasale et laryngée. Le farcin, comme on le sait, montre ses effets spécialement sur les vaisseaux et glandes lymphatiques, et s'accompagne de la formation de nombreux abcès sur diverses parties du corps, et d'une éruption pustuleuse et gangréneuse du menton. Ces différences entre les deux affections ne résident que dans la différence même des parties affectées; ainsi, tandis que le virus de la morve atteint d'abord la membrane muqueuse des cavités nasales, des sinus frontaux et du larynx, celui du farcin s'adresse aux vaisseaux et glandes lymphatiques, au tissu cellulaire du menton. Le virus néanmoins est le même dans les deux maladies.

(*The Edimburgh medical and surgical Journal.*—N° CLIV. Janvier 1843.)

Je rapporte cette observation à cause de la valeur que j'ajoute à la forme que la maladie a revêtue à la peau. C'est un fait sur lequel j'appelle dès à présent l'attention de nos lecteurs. Plus tard, quand j'aurai pu réunir un certain nombre de cas de ce genre, je leur soumettrai quelques considérations sur le farcin, au point de vue de l'altération de la peau. Ces considérations semblent de nature à devoir leur présenter quelque intérêt, d'autant mieux qu'elles sont en harmonie avec les opinions des savants et trop modestes professeurs de l'Ecole d'Alfort, dont les laborieuses et persévérantes recherches ne peuvent manquer de jeter bientôt une vive lumière sur les questions si difficiles et si graves qu'a soulevées l'étude de la morve et du farcin.

Condition pathologique et nature contagieuse de la fièvre miliaire.

Un long mémoire du docteur J. Secondi contient sur cette maladie des vues assez curieuses pour trouver place ici; en voici le résumé. — L'auteur, qui exerce depuis longtemps dans le Bas-Veronais, où la miliaire est endémique, regarde d'abord la dénomination de fièvre miliaire comme tout à fait impropre, car elle exprime un caractère cutané qui parfois ne se manifeste que lorsque la maladie est presque terminée, ou qui peut même manquer entièrement depuis le commencement jusqu'à la fin, bien que l'entité morbide spécifique existe et puisse compromettre la vie. Aussi, lorsqu'avant toute éruption à la peau on méconnait les premiers stades de la maladie, on peut perdre irrévocablement l'occasion favorable d'agir. Il serait plus convenable d'appeler cette maladie *Phlébite miliaire*, c'est à dire phlébite à base irritative, causée par un virus qui, mis en contact avec les extrémités veineuses de la peau, est plus ou moins facilement absorbé, selon la disposition angioïtique du sujet.

Les principaux motifs sur lesquels l'auteur se fonde pour prouver que c'est le système veineux qui est le premier atteint sont les suivants : Défaut de réaction fébrile pendant les *véritables commencements* de la maladie; parfois lenteur du pouls pendant plusieurs jours, même dans les cas les plus graves; prompt développement de l'éruption, etc.; élimination rapide et complète qui succède à la contagion, sans que le reste de l'organisme s'en ressente; intermittence tant des phénomènes nerveux secondaires que des plus importants. Pour comprendre cette dernière proposition, il faut se rappeler que l'école italienne place dans le système veineux le siège des fièvres intermittentes.

Nous n'entreprendrons pas de rapporter ici la preuve invoquée par l'auteur pour prouver que la phlébite est, selon l'école italienne, à base irritative; nous nous contenterons seulement d'ajouter qu'il prétend que toutes les exacerbations inflammatoires qu'éprouve un malade atteint de miliaire, dépendent du nouveau contact du virus avec les molécules organiques non encore atteintes.

Ainsi, selon lui, la miliaire est presque toujours une *maladie primitive*, et si beaucoup de médecins ne la regardent que comme secondaire, c'est qu'ils ne la reconnaissent que lorsqu'elle se manifeste par ses caractères extérieurs. En effet, dans beaucoup de cas de mort rapide arrivée au milieu d'une miliaire qui ne s'était pas développée au dehors, on a pu constater la présence de cette éruption à la surface des muqueuses. La miliaire que l'on pourrait appeler secondaire est celle qui se montre au dehors, chez une personne déjà atteinte d'un certain degré d'angioïte.

Quant à la miliaire puerpérale, dont on a fait une espèce à part, elle est de la même nature que les autres variétés de cette maladie.

Il résulte de ce qui précède que les individus les plus aptes à être atteints de miliaire sont ceux qui éprouvent déjà un certain degré d'*angioïte* et dont le *système veineux est le plus développé*.

C'est à tort qu'on a regardé comme symptôme caractéristique de la miliaire, non seulement l'éruption cutanée, mais l'odeur acide de la sueur; celle-ci ne présente un caractère pathognomonique que lorsqu'elle se montre très abondante dans le principe, la peau restant toujours brûlante et le malade n'éprouvant aucun soulagement. Un autre symptôme pathognomonique de la miliaire est enfin une opiniâtreté singulière des phénomènes morbides nerveux et vasculaires.

Nature contagieuse. — Il est bien évident maintenant, pour les médecins qui ont eu de fréquentes occasions de l'observer, que la miliaire est contagieuse dans les localités où elle est endémique. L'aptitude à la contracter varie et dépend absolument de la prédominance de la condition vasculaire physiologique ou pathologique, des rapports plus ou moins fréquents avec les individus infectés, ou du manque de précautions nécessaires pour éviter la contagion. Celle-ci est plus active pendant la veille que pendant le sommeil, état qui ralentit la force absorbante des vaisseaux. Les saisons chaudes favorisent par conséquent aussi la contagion.

Après avoir accumulé des preuves en faveur de cette contagion et en avoir cité plusieurs exemples, le docteur Secondi rapporte un fait d'*inoculation* de la miliaire. Se rappelant qu'en France elle avait échoué sur des personnes saines, il la mit en pratique, en 1839, sur des sujets prédisposés. Il eut l'occasion de donner des soins à un malade atteint de miliaire et voisin d'une famille composée de deux frères bien portants et d'une sœur et d'une parente dont la santé était altérée par des fièvres intermittentes, mal traitées; ces différentes personnes, qui n'avaient pas plus de trente ans, furent soumises chacune à une dixaine d'inoculations pratiquées avec la matière transsudée à la surface de la peau du malade, vers la fin de

la maturité de l'éruption miliaire. Les deux hommes n'éprouvèrent absolument rien ; des deux femmes, la moins malade, qui approchait de son époque menstruelle, eut une légère éruption que l'on vit se dissiper sans peine au bout de quatre jours ; elle fut mise à l'abri d'accidents ultérieurs à l'aide de deux seules doses de sulfate de quinine. L'autre femme fut atteinte, au bout de six jours, d'une phlébo-artérite qui, après trois autres jours, s'accompagna d'une éruption miliaire très étendue. La maladie, grace aux soins qui furent pris et au tempérament plutôt lymphatique que nerveux de la malade, fut guérie en seize jours.

Traitement. — On doit ne pas perdre de vue les trois règles suivantes (j'ai dû conserver les propres termes de l'école) :

1° Modérer le dynamisme au moyen de remèdes hyposthénisants, soit directs, soit indirects, selon le degré de réaction inflammatoire contre le pouvoir irritant du virus ;

2° Choisir les remèdes qui ont une action élective sur le système et sur les viscères les plus violemment atteints, sans oublier que souvent les phénomènes splanchniques dérivent plutôt de l'irritation nerveuse des viscères que d'une phlogose essentielle ;

3° Chercher à produire et à favoriser, de la manière la plus convenable, l'élimination du principe morbifique, afin de faire cesser la réaction.

On conseille quelquefois d'arrêter ou de détourner l'éruption cutanée, pendant ce qu'on appelle le premier stade, au moyen de drastiques ou autres médicaments; mais on choisit évidemment une voie plus longue, et moins physiologique que celle de la surface cutanée.

Ceux qui redoutent l'application du froid à cause de la sueur ignorent que cette sueur abondante, qui a lieu en même temps que la peau est ardente, n'est d'aucun avantage pour le malade, et ne peut nullement diminuer l'acuité de l'angioïte cutanée, on favoriser l'élimination qu'au contraire le pouvoir hyposthénisant du froid produit bien plus rapidement.

L'idée que l'on se forme sur la rétrocession de la maladie, et sur la possibilité de la rappler à la surface de la peau à l'aide d'irritants extérieurs, est tout à fait fausse.

Cette médication ne fait qu'augmenter la constriction vasculaire et retarder l'éruption, et les avantages que l'on en retire quelquefois ne proviennent que de leur pouvoir hyposthénisant. Le froid est un moyen beaucoup plus actif et plus rationnel, suivant les opinions italiennes de l'auteur. C'est par ces mêmes raisons qu'il faut permettre au malade le changement de linge, les ablutions ; mais on ne devrait lui permettre de quitter le lit pendant quelques heures de la journée, que sur le déclin de la maladie et pendant une saison chaude.

Il ne faut pas hésiter à administrer les préparations de quinquina lorsqu'on remarque quelques signes d'intermittence, parce que la fièvre miliaire, surtout dans les localités marécageuses, se complique très facilement de pernicieuse larvée.

Enfin, il faut se bien persuader que dans cette maladie, la guérison peut souvent n'être qu'apparente. En effet, l'apyrexie peut être complète, ainsi que la desquamation de la peau, et l'angioïte veineuse n'en pas moins persister; aussi faut-il continuer pendant quelques semaines encore l'usage des remèdes, et surtout des bains de mer s'il est possible.

(*Annali Univers. di Medic.*—Avril 1843.)

J'ai cru devoir présenter à mes lecteurs le résumé succinct de ce mémoire, fort curieux d'ailleurs, du docteur Secondi, sur la miliaire : aujourd'hui les médecins sont loin d'être d'accord, pour savoir si la miliaire proprement dite est toujours symptômatique, ou bien s'il y a une maladie à part, analogue à la rougeole par exemple, qu'il faille admettre sous ce nom. Cette dernière opinion, qui est la plus probable, trouve un grand appui, il faut le dire, dans le mémoire du docteur Secondi, que j'ai analysé sous ce point de vue seulement, et dont j'ai cru devoir reproduire intégralement les opinions curieuses, et sur la nature de cette maladie, et sur la propriété contagieuse qu'il lui accorde, en laissant intact, sans discussion, le cachet de son école.

Blennorrhagie opiniatre guérie par l'usage interne du nitrate d'argent.

par le docteur F. Spadafora.

Un jeune homme de 23 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique sanguin, contracta pour la troisième fois une blennorrhagie virulente si intense, qu'il fut pris d'une fièvre violente, avec tous les symptômes de vive phlogose de l'urèthre, douleur, gonflement et dysurie. Ces premiers accidents ayant cédé à un traitement émollient, on crut pouvoir faire disparaître l'écoulement à l'aide d'une mixture astringente; mais ni ce médicament, ni le cubèbe, ni le copahu, ni l'émulsion de Cadet prise à haute dose, ni d'autres préparations en-

fin, ne parvinrent même à diminuer l'abondance de l'écoulement qui, au bout de deux mois, s'accompagnait encore d'érections douloureuses, et de cuisson assez forte au moment de l'émission de l'urine.

On était sur le point d'en venir à l'usage d'un traitement mercuriel, lorsque le docteur Spadafora se rappela que dans un cas semblable, un médecin de ses parents était parvenu à obtenir la guérison à l'aide de la solution de nitrate d'argent donnée à l'intérieur. Il prescrivit donc ***un demi grain de nitrate d'argent dissous dans une livre d'eau distillée***, une once à prendre tous les matins à jeun, et recommanda au malade de se nourrir exclusivement de viandes rôties. Deux livres du médicament suffirent pour obtenir une guérison complète de la blennorrhagie. On jugea néanmoins nécessaire ensuite de faire suivre au malade un traitement mercuriel.

(*Filiatre Sabezio.* Mai 1843.)

—SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. — *Cas de syphilis héréditaire*, par le docteur Tuhrmann, de Schœnfeld en Bohème.

M. P....., affecté dans sa jeunesse d'un ozène syphilitique, en fut guéri radicalement par la solution de Plenck; il se maria à une fille qui, à l'âge de 18 ans, avait eu un chancre aux parties génitales, lequel disparut lentement après un traitement mercuriel interne et externe. Depuis ces deux époux n'ont pas présenté le moindre symptôme de syphilis. Un premier enfant né de leur mariage parut bien portant au moment de la naissance, mais quatorze jours après il fut couvert d'une éruption de vésicules miliaires qui s'agrandirent, crevèrent, et laissèrent en quelques endroits des taches brunes, en d'autres des ulcères qui avaient tous les caractères du chancre. L'enfant fut traité sans succès par l'éthiops minéral, et mourut de marasme. La mère accoucha encore de six autres enfants qui présentèrent encore les mêmes symptômes et succombèrent de la même manière. Enceinte pour la huitième fois, on lui fit subir un traitement mercuriel (mercure doux, demi-gros; mie de pain q. s. pour pilules 60, à prendre une pilule matin et soir); l'enfant qui naquit alors est un garçon, qui se porte encore très bien aujourd'hui. A la neuvième grossesse, on répéta le traitement mercuriel et le résultat en fut aussi heureux. Pendant la dixième grossesse, on négligea le traitement mercuriel; l'enfant du sexe feminin, d'abord bien portante, fut aussi couverte d'éruption syphilitique et succomba dans un état de marasme au bout de six mois, malgré un traitement mercuriel auquel elle avait été soumise. La mère, enceinte pour la onzième et dernière fois, prit de nouveau des pilules et mit au monde une fille qui se porte encore bien aujourd'hui. (*Gazette médicale*, 24 juin 1843.)

FORMULES DES PRINCIPAUX MÉDICAMENTS EMPLOYÉS DANS LES OBSERVATIONS INSÉRÉES DANS CE NUMÉRO.

Décoction de Zittmann.

N° 1.

℞. Salsepareille. 375 gram.
Eau. 12 kilog.

Faites bouillir pendant deux heures, suspendez dans le liquide un nouet composé de :

Sulfate d'alumine. 45 gram.
Mercure doux. 15
Sulfure de mercure. 4

Vers la fin, ajoutez :

Réglisse. 45
Feuilles de séné. 64
Semence d'anis. 15

Retirez du feu et laissez infuser, passez pour obtenir 8 kilogrammes de décoction n° 1.

N° 2.

℞. Résidu de la première décoction.
Racine de salsepareille 190 gram.
Eau. 12 kilog.

Faites bouillir pendant deux heures, ajoutez à la fin :

Ecorce de citron.
Cannelle
Cardamome mineur } de chacun 12 gram.
Réglisse 24 gram.

Laissez infuser pendant une heure, passez pour obtenir 8 kilogrammes de la décoction n. 2.

Pour commencer le traitement, le malade prend la veille six pilules purgatives.

Le lendemain le malade commence l'usage de la décoction qu'il prend ainsi qu'il suit :

1° Le matin de bonne heure, la moitié d'une bouteille de la décoction n. 1, par verre, de demi-heure en demi-heure, étant au lit.

2° A midi, une bouteille de la décoction n. 2, tout entière, par verre de demi-heure en demi-heure.

3° Le soir, il reprend trois heures après le dîner, et par verre, la bouteille n. 1.

On prend cette décoction pendant vingt ou vingt-cinq jours.

Solution d'iodure de potassium.

N° 1.

℞. Iodure de potassium. 8 gram.
Sirop de squine. 200

M. De une à trois cuillerées à bouche dans les 24 heures.

N° 2.

℞. Iodure de potassium. 8 gram.
Eau distillée. 500
Sirop de squine. 60

M. De deux à trois cuillerées par jour.

Paris. — Imp. Félix Locquin, 16, r. N.-D. des Victoires.

1re ANNEE. —— 1er VOLUME. — N° 3. —— OCTOBRE — 1843.

ANNALES
DES
MALADIES DE LA PEAU
ET
DE LA SYPHILIS.

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE SIÈGE ANATOMIQUE DES MALADIES DE LA PEAU. DES INDICATIONS QUE LA CONNAISSANCE DE CE SIÈGE PEUT FOURNIR SUR LA NATURE DE CES AFFECTIONS, ET SUR LE TRAITEMENT QUI LEUR CONVIENT.

(3e Article.)

Les éruptions cutanées ne sont donc autre chose que des expressions variées d'altérations diverses subies par les organes contenus dans la peau. Il y a loin de là à l'idée d'une seule et même affection, à forme multiple, produite par une cause particulière, par un vice, un principe dartreux. La pathologie cutanée se compose d'une foule de maladies différentes. Or, en considérant les différences d'organes contenus dans la peau, les différences de fonctions, de sympathies de cette enveloppe complexe, il est tout naturel d'admettre que les altérations qui l'atteignent reconnaissent des causes diverses, qu'elles ne sont pas de la même nature, qu'elles réclament des moyens de traitement différents. Et en effet, une foule de causes les plus variées ont été constatées comme pouvant produire des éruptions cutanées. On comprend qu'il ne peut pas en être autrement. La position, la sensibilité de la peau, ses principales fonctions l'exposent à la foule innombrable des influences survenues du dehors. Ses sympathies nombreuses en font souvent l'aboutissant pour ainsi dire des commotions, des troubles intérieurs; elles la laissent, en un mot, exposée à mille causes venues du dedans; enfin, par sa constitution même, par la nature de quelques unes de ses fonctions, la peau est susceptible de plusieurs altérations, toutes locales pour ainsi dire, sur la production desquelles les influences venues du dedans ou du dehors paraissent avoir peu de prise, et qui semblent inhérentes à l'état organique même de cette enveloppe. Toutefois, ces causes si diverses et si nombreuses peuvent être rapprochées en trois groupes bien distincts.

Les unes, tout accidentelles, toutes locales, représentent les influences extérieures qui agissent directement sur l'enveloppe cutanée. Elles sont nombreuses. Elles peuvent produire des éruptions différentes; quelquefois, suivant la disposition actuelle des parties affectées, suivant l'individualité, souvent suivant la nature de la cause elle-même. Ainsi le froid, l'insolation, déterminent des éruptions érythémateuses. Les topiques irritants développent tantôt un eczéma, tantôt une éruption ecthymoïde. En général, les pommades excitantes donnent lieu à l'éruption vésiculeuse, tandis que ce sont surtout des pustules d'ecthyma qui sont produites par les topiques irritants liquides. J'ai eu l'occasion depuis plusieurs années d'en faire souvent l'expérience. Dans les traitements dirigés

contre la gale, et qui consistent dans des frictions, à l'aide de pommades plus ou moins excitantes, c'est presque toujours l'eczéma que l'on observe comme complication. J'ai substitué aux pommades l'emploi des lotions, et depuis lors, je vois beaucoup plus rarement la gale compliquée d'eczéma; mais en revanche la moyenne de séjour est quelquefois prolongée par des éruptions pustuleuses, par un ecthyma.

Ceci toutefois n'a rien d'absolu, car ce sont aussi des pustules d'ecthyma, qui sont produites par certaines pommades, par certains emplâtres, et notamment par les pommades et les emplâtres stibiés; et d'un autre côté, l'on sait que certaines lotions irritantes développent presque constamment un eczéma rubrum; ainsi c'est ce qui a lieu ordinairement après l'emploi de remèdes vantés par les charlatans, qui prétendent par là *faire sortir la gale*. La fameuse eau de Mettemberg en offrait l'exemple le plus remarquable. Ajoutons toutefois, sans attacher trop d'importance à ces distinctions d'une manière absolue, que souvent le résultat tient essentiellement à la nature du topique lui-même : ainsi le tartre stibié détermine toujours des pustules. Le mercure appliqué en emplâtres, en lotions, en pommade, provoque presque constamment au contraire une éruption vésiculeuse, et même quelques pathologistes ont admis un eczéma mercuriel.

Enfin certaines applications emplastiques peu irritantes, produisent souvent une éruption papuleuse, plus ou moins étendue, accompagnée de plus ou moins de prurit, suivant qu'elles trouvent chez l'individu affecté une prédisposition plus ou moins marquée. Sous ce dernier rapport, il y a des cas vraiment des plus singuliers. — Ainsi j'ai vu souvent une application emplastique, peu excitante, et peu étendue, être l'occasion du développement d'un lichen aigu, général : j'ai vu un morceau de *papier chimique* appliqué sur le côté droit de l'abdomen, déterminer un lichen urticans, qui n'a pas tardé à envahir toute l'enveloppe cutanée. J'ai vu dans quelques circonstances la peau présenter une susceptibilité inouie. Il y a des personnes chez lesquelles la friction même la plus douce, le contact d'un liniment huileux, du moindre corps gras, etc., deviennent constamment l'occasion d'une éruption érythémateuse ou papuleuse, éruption quelquefois accompagnée d'un mouvement fébrile.

Toutes ces affections d'ailleurs ont une marche aiguë, une durée assez courte, à moins qu'elles ne rencontrent des conditions individuelles qui les entretiennent, ce qui est le cas le plus ordinaire : et alors les causes occasionnelles disparaissent devant d'autres plusimportantes qui appartiennent à la seconde catégorie.

La seconde classe, c'est la plus nombreuse, comprend les affections de la peau qui se développent sans qu'on puisse leur reconnaître aucune influence extérieure, et qui sont, d'une manière plus ou moins évidente, liées à un trouble général ou local, à quelque perturbation subie par d'autres organes. Ici encore l'éruption peut n'être que le retentissement à la peau d'un trouble passager, dont les premières atteintes ont eu lieu ailleurs. Ainsi les émotions morales vives, l'ingestion de certains aliments, sont autant de causes très fréquentes d'éruptions cutanées; mais celles-ci sont aussi très souvent liées à des perturbations profondes, permanentes, plus ou moins anciennes; à un état anormal, soit de la constitution tout entière, soit de quelques organes en particulier. Certaines éruptions ne sont que l'expression d'un état maladif général; l'ecthyma, le prurigo, le rupia, sont souvent les tristes compagnons de la malpropreté, de la misère, le résultat des privations de tout geure, l'indice d'une constitution détériorée : le purpura traduit une modification de l'état du sang, un trouble peu connu encore de la circulation veineuse. L'impétigo lié à un état lymphatique plus ou moins prononcé, se manifeste dans les conditions qui sont communes aux affections qui trahissent cet état exagéré. Se développant de préférence chez les individus à peau fine, à tissus blancs, il représente dans l'enfance les éruptions que nos prédécesseurs regardaient comme dépuratrices et qui méritent bien l'attention des praticiens, en ce sens que si réellement on ne peut voir en elles un effort *dépurateur*, elles trahissent un état général qui pourrait se traduire par des altérations plus graves, des engorgements ganglionaires, etc.

D'autres fois les maladies de la peau sont sous la dépendance entière de troubles fonctionnels, d'altérations pathologiques de certains organes. Ainsi, les diverses épo-

ques utérines, si je puis dire ainsi, de la vie des femmes sont souvent marquées par le développement de certaines éruptions; l'acné simplex est presque la maladie des jeunes filles à l'âge de la puberté; l'acné rosacea est l'éruption qui afflige le plus communément les femmes : elle coïncide avec les troubles si fréquents d'ailleurs des fonctions utérines, et se développe surtout à l'époque critique.

Le foie est peut-être de tous les organes celui dont les souffrances, dont les troubles fonctionnels, ont le plus de retentissement à la peau. J'ai souvent pu constater son influence sur la production, sur la persistance d'un grand nombre d'éruptions, sur l'acné encore, et surtout sur l'acné indurata et sebacea; sur des formes vésiculo-pustuleuses : il y a une coïncidence constante entre ses altérations organiques et certaines formes graves des maladies de la peau. Ainsi, dans tous les cas de pemphigus terminés par la mort j'ai toujours constaté le foie gras; il semblerait qu'il y eût quelque chose d'analogue aussi, dans le cas d'acné indurata ou sebacea, dans les cas d'eczéma même, dont l'existence m'a paru coïncider avec une altération de l'organe hépatique.

Enfin les maladies de la peau sont souvent, très souvent liées à un trouble intérieur plus ou moins éloigné, trouble plus ou moins profond, plus ou moins passager lui-même : soit qu'elles existent concurremment avec une autre maladie, soit que l'une et l'autre se suppléent réciproquement, soit enfin qu'elles suivent uniformément les phases d'amélioration et de progrès, ou que l'augmentation de l'une soit marquée par la diminution de l'autre. Ainsi l'eczéma, qui résume lui seul tout ce que l'on peut dire sur ce point, est souvent lié, de la sorte, à une affection chronique des bronches, à une maladie plus ou moins ancienne des voies digestives, à une affection des voies urinaires, etc. J'ai vu un vieillard qui depuis plusieurs années ne pouvait coucher dans son lit, à cause d'un catarrhe pulmonaire avec asthme, et qui pouvait dormir impunément dans la position horizontale, sous l'influence d'un eczéma aux jambes, influence qui fut loin d'être remplacée par celle d'un exutoire à demeure. J'ai vu un homme qui, depuis sept ans, était réduit à une alimentation composée de quelques potages, et de temps en temps d'un peu de viande blanche. Il ne pouvait faire la plus légère infraction à son régime sans être pris de coliques violentes et de diarrhée rebelle. Il fut atteint d'un eczéma qui occupait les membres inférieurs, et à partir de ce moment, ses voies digestives reçurent impunément tous les aliments, même les plus indigestes. Quelquefois ces affections alternent, sans que jamais l'une puisse faire cesser complètement l'autre. Mais le plus souvent j'ai vu l'eruption cutanée subir toutes les influences de progrès de la maladie intérieure, augmenter avec elle, diminuer quand elle diminuait, et ne guérir qu'à la condition de la guérison de l'affection première.

Ces rapports entre un grand nombre d'affections cutanées et certains troubles intérieurs constituent à mes yeux le point le plus important de la pathologie cutanée. Enfin ces diverses affections, développées sous l'influence de troubles intérieurs, peuvent, surtout quand elles ont duré longtemps, persister seules, alors que la cause interne qui les a développées a entièrement cessé, alors que la maladie plus profonde dont elles n'étaient que le reflet a entièrement disparu. Dans ce cas, l'affection cutanée a trouvé chez l'individu malade toutes les conditions favorables à son développement. Elle a pris, pour ainsi dire, droit de domicile; elle rentre parmi les affections dites constitutionnelles.

Celles-ci composent la troisième catégorie; elles se manifestent sans cause accidentelle appréciable. Il est difficile de trouver quelque rapport entre elles et les perturbations intérieures, au moins au point de vue de l'étiologie. On chercherait en vain à les produire par des applications irritantes, ou à expliquer leur présence par un dérangement actuel et quelconque de la santé générale. C'est un état constitutionnel acquis, comme dans les cas dont je viens de parler à l'instant, ou inné, héréditaire, comme dans les affections squameuses, comme dans la lèpre, le psoriasis. C'est à ces éruptions seulement que pourrait s'adresser aujourd'hui le nom de *dartre* dans le sens généralement reçu, c'est à dire dans l'idée d'une maladie entretenue par un principe particulier, par un vice du sang, reçu et transmissible par voie d'hérédité. Faut-il ajouter qu'en changeant les mots *vice du sang* par ceux de disposition spéciale, d'état particulier de la peau, la proposition restera vraie? ces

éruptions, qui semblent être presque complètement à l'abri des influences du dedans ou du dehors, existent souvent avec la meilleure santé générale d'ailleurs. Elles affectent un caractère de chronicité remarquable.

Ainsi, au point de vue de l'étiologie, les maladies de la peau doivent être rangées dans trois catégories : 1° maladies purement accidentelles, le plus souvent à marche aiguë, à forme inflammatoire, développées sous l'influence de causes extérieures; 2° maladies d'une part produites accidentellement aussi par des causes intérieures et alors plus ou moins passagères, de l'autre entièrement liées à d'autres affections plus profondes, à un état pathologique général, à des troubles intérieurs, à l'altération d'un organe, et dans ce cas maladies à marche lente, à forme chronique; 3° maladies constitutionnelles acquises, innées, développées sous l'influence d'une disposition organique particulière, transmissible par voie d'hérédité.

Enfin, à quelque classe qu'elles appartiennent, sous quelque influence qu'elles se soient développées, on retrouve dans les maladies de la peau cette individualité qui est tout pour celles de la troisième catégorie et qui a une si grande valeur dans les autres. L'influence de cette individualité qui domine tout en pathologie d'ailleurs, et de laquelle cependant on tient ordinairement si peu compte, est très remarquable en fait de maladies de la peau. C'est à elle qu'il faut demander la raison d'un grand nombre de phénomènes bizarres et curieux. C'est elle seule qui peut expliquer les éruptions constantes, étendues, accompagnées de symptômes plus ou moins graves, occasionnées chez un individu par un aliment que vingt autres mangent impunément et en proportion beaucoup plus grande. C'est elle qui seule peut nous faire comprendre comment une émotion morale vive peut être l'occasion d'une éruption générale chez un malade, tandis que mille autres supportent les commotions les plus vives sans le moindre retentissement à la peau. On la retrouve, je le repète, partout et à chaque instant, jusque dans le traitement où elle apporte des difficultés sans nombre, qui résultent des mille et une modifications dont elle force à tenir sérieusement compte.

Si maintenant nous cherchons dans les données générales qui précèdent quelle est la voie qui peut conduire à un traitement rationnel, nous serons amenés à établir que ce n'est pas un traitement, mais que ce sont beaucoup de traitements différents que réclament les nombreuses maladies de la peau. D'une manière générale, la thérapeutique des affections cutanées, eu égard à ces affections elles-mêmes, est divisée aussi en trois grandes classes. Sous le rapport des moyens employés, elle est partagée en deux catégories bien importantes : 1° les moyens locaux, les topiques; 2° les moyens généraux.

Dans le plus grand nombre des cas, il est utile d'avoir recours à la fois à un traitement local et à un traitement général, qui n'a pas d'ailleurs la même valeur suivant qu'il s'agit de combattre une affection cutanée appartenant à telle ou telle catégorie. Mais disons-le de suite, le plus grand écueil de la pathologie cutanée, c'est cette nécessité d'applications topiques sur une partie malade, si susceptible, dont l'état varie avec une facilité extraordinaire, applications topiques qui souvent détruisent les bons effets obtenus par le traitement général, applications topiques qui seules souvent sont la cause de la persistance et de l'opiniâtreté du mal, applications topiques qui trop souvent sont employées sans hésitation, sans discernement et d'une manière banale, tandis que rien n'est plus difficile que leur choix, rien n'est plus difficile que l'appréciation de leur opportunité.

Pour les maladies de la peau, que nous avons vues appartenir à la première catégorie, le traitement est le plus souvent très simple; ici surtout les topiques ont une valeur réelle. C'est peut-être le seul cas dans lequel ils peuvent être employés seuls, bien que le plus ordinairement ils aient besoin d'être aidés par quelques médicaments internes appropriés.

Pour les maladies si nombreuses qui appartiennent à la seconde classe, pour celles dont il faut aller chercher la raison dans un trouble intérieur plus ou moins éloigné, la tâche du médecin est plus difficile. Ici, disons-le tout d'abord, le traitement local n'est plus rien; dans le plus grand nombre des cas il n'a plus de valeur, ou au moins il n'a qu'une valeur secondaire. Il faut bien le plus ordinairement avoir recours à des applications topiques, c'est une nécessité qui résulte du siège du mal lui-même; mais cette fois le topique ne peut être qu'un ac-

cessoire : aussi, dans le plus grand nombre des cas, le plus inerte, le plus insignifiant, si je puis dire ainsi, est le meilleur. Il faut, dès que l'existence d'une éruption ne peut être expliquée par une cause purement accidentelle, il faut s'enquérir avec soin des antécédents du malade, étudier sa constitution, son état actuel; interroger ses fonctions, examiner ses organes. Il faut, guidé par le siège, par la forme de l'éruption, chercher les rapports qui peuvent exister entre l'organe de la peau, qui est affecté et les organes plus ou moins profonds, plus ou moins éloignés. C'est dans cet examen, c'est dans cette étude que l'on trouve souvent la clef d'un traitement rationnel; c'est dans cette partie si intéressante et si difficile de la pathologie cutanée que viennent se présenter les questions les plus graves. C'est ici que le médecin a souvent à décider, devant un mal bien connu pour lui dans sa cause, dans sa nature, l'opportunité du traitement ou au moins de la guérison; les précautions à l'abri desquelles il doit la tenter, etc., et surtout l'énergie, la valeur du traitement local.

Enfin, les maladies qui appartiennent à la troisième catégorie, les maladies constitutionnelles de la peau, réclament concurremment l'emploi et du traitement local et du traitement général.

Ici, il faut le dire, les topiques ont une valeur plus grande que dans le traitement des affections cutanées précédentes, moins grande que pour combattre celles de la première catégorie. Dans tous les cas, ils ne sauraient avoir une valeur absolue. L'expérience a suffisamment démontré aujourd'hui que c'était à l'aide des traitements généraux que l'on obtenait encore les guérisons les plus solides, les plus complètes, mais quels traitements? Ces traitements sont pour ainsi dire empiriques. L'expérience et l'observation ont fait connaître un certain nombre de moyens énergiques d'une utilité incontestable, souvent merveilleuse pour combattre ces affections si rebelles. Mais la raison de leur emploi nous est encore inconnue. On peut la trouver d'ailleurs dans leur action évidente, énergique sur la peau elle-même, et probablement aussi dans leur influence directe, sur les appareils sécréteurs qui ont si peu de rapports, de sympathie avec les autres appareils fonctionnels plus profonds. A cette catégorie de moyens appartiennent les sudorifiques, le soufre, les antimoniaux, etc., et surtout les préparations arsénicales.

Je terminerai ici ces généralités sur lesquelles j'ai craint de trop m'étendre, mais qui étaient indispensables, puisque c'est à leur développement, à leur application pratique, que cette publication est destinée.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES VÉGÉTATIONS ANCIENNES DU PÉNIS ET SUR LE CANCER DE CET ORGANE.

« La plupart des excroissances qui se « développent sur le pénis sont de nature « syphilitique..... Quand ces excroissances « sont longtemps négligées, elles grossissent parfois au point de recouvrir entièrement le gland; et si, lorsqu'elles sont « parvenues à ce degré, elles viennent à « s'ulcérer, toute la masse prend une forme « tellement sordide, que ceux qui ne sont « pas versés dans la connaissance des maladies vénériennes les prennent pour un « cancer. » (Boyer, *Traité des malad. chir.*, t. X, p. 367 et suiv., 1re édit.)

Dans ce passage, l'illustre chirurgien a signalé l'une des plus graves difficultés qui puissent se rencontrer dans la pratique; malheureusement, il s'est contenté de la signaler sans nous donner les moyens de la surmonter, car il ne suffit pas toujours, comme il semble le croire, d'être versé dans la connaissance des maladies syphilitiques pour y parvenir. Rien cependant n'est plus important, puisque, de la décision des praticiens, dépend souvent, dans ces cas, la perte ou la conservation d'un organe dont la privation affecte presque toujours profondément le moral de l'homme. Les successeurs de Boyer et nos maîtres actuels ont entrevu le même écueil sans augmenter beaucoup nos connaissances, et l'on peut dire que l'histoire des végétations dont a voulu parler le célèbre professeur, c'est à dire, si je puis m'exprimer ainsi, des végétations chroniques, de même que celle du cancer de la verge, reste presque entièrement à faire. Mon intention n'est pas d'entreprendre un travail que je considère comme impossible avec les documents que la science possède; je me bornerai pour aujourd'hui à quelques considérations qui, malgré tout ce qu'elles pourront offrir d'incomplet, ne seront pas, je l'espère, sans

trouver quelques applications utiles dans la pratique.

L'anatomie *descriptive*, si je puis ainsi dire, des végétations (1) a été généralement assez bien faite, surtout par M. Lagneau, l'auteur le plus complet, à beaucoup près, sous le rapport des descriptions pathologiques; mais leur anatomie de structure a été extrêmement négligée par la presque totalité des écrivains. Hunter est à peu près le seul qui l'ait ébauchée dans le passage suivant : « Un poireau paraît être une excroissance de la peau ou tumeur qui se « forme sur elle; d'où il résulte qu'il est « recouvert par un épiderme qui, de même « que tous les autres épidermes, est fort et « dur, ou mince et mou, exactement comme « l'épiderme qui recouvre la partie sur laquelle l'excroissance s'est élevée. *Ces « productions sont rayonnées de la base « à la circonférence.* Les rayons se manifestent à la surface extérieure par des « points ou des granulations qui ressemblent « beaucoup à des granulations de bonne nature, excepté que ces saillies sont plus « dures que les véritables granulations, et « s'élèvent au dessus de la surface. Il semblerait que *la surface sur laquelle chaque de ces excroissances se développe « n'a de disposition qu'à en former une « seule*, car la surface environnante qui lui « est continue ne participe pas à la même « végétation. Ainsi, une fois que le poireau « a commencé à se montrer, il ne *s'accroît « point par sa base,* mais il s'élève de plus « en plus. Les poireaux ont en eux-mêmes « une puissance d'accroissement, car lorsqu'ils se sont élevés au dessus du niveau « de la surface de la peau, au niveau de laquelle ils ne peuvent pas s'étendre en « largeur, ils se gonflent de manière à former un corps épais et arrondi qui devient « de plus en plus inégal.

« Cette structure les expose à être lésés « par tout corps qui frotte contre eux, ce « qui souvent les fait saigner abondamment et les rend très douloureux. » (Hunter, *Traité de la syphilis,* p. 473, trad. par Richelot.)

Hunter, ainsi que ceux qui l'ont suivi, a très bien fait remarquer que l'excroissance qui forme la végétation syphilitique semble en quelque sorte *percer* la peau, selon l'expression de M. Lagneau, et que la peau une fois percée, le développement se fait uniquement dans la partie qui surmonte la base, et nullement à la base elle-même. De là la structure rayonnée dont parle Hunter. Mais on conçoit très bien que ce mode de développement exige, pour s'effectuer, un espace libre dans tous les sens : c'est ce qui explique pourquoi les végétations qui naissent entre deux surfaces contiguës qui les pressent en deux sens opposés prennent, sauf de rares exceptions, la forme comprimée qui a reçu le nom de crête de coq : c'est ce qui arrive presque toujours pour celles qui se développent dans le sillon balano-prépucial. Si l'on imagine, au contraire, que le gland soit couvert de végétations naissant les unes à côté des autres, le même mode de développement ne pourra plus avoir lieu qu'incomplètement, et sera d'autant plus gêné que les végétations seront plus rapprochées les unes des autres, ou si l'on veut plus nombreuses. Si leur nombre devient assez considérable pour qu'elles se touchent presque par leur base, le développement latéral sera à peu près nul, et l'accroissement ne se fera pour ainsi dire qu'en longueur. La structure rayonnée dont parle Hunter n'existera pas alors, elle sera remplacée par une autre non moins caractéristique : c'est la structure que l'on peut appeler *tubulée* ou *cannelée*. Dans cette structure, les végétations, réduites à une tige unique, sont placées presque parallèlement les unes à côté des autres, et il en résulte un aspect analogue à celui de certains minéraux cristallisant en longs prismes parallèles. Lorsque, par la simple traction, on cherche à diviser les masses de tissu formées par les végétations, on voit que ces masses se séparent facilement dans le sens de l'axe des colonnes, et très difficilement dans le sens opposé. Ce caractère n'est cependant pas toujours très tranché; les végétations, en vieillissant beaucoup, finissent par contracter des

(1) Je n'aborderai pas la question de savoir si toutes les végétations sont de même nature, et jusqu'à quel point leur existence dénote l'infection syphilitique; cette question trouve plus naturellement sa place dans l'histoire générale des végétations, et n'a d'ailleurs aucune importance ici, où il s'agit uniquement de distinguer si une altération pathologique donnée *est ou n'est pas* de nature cancéreuse. Seulement, comme les végétations syphilitiques sont à beaucoup près les plus nombreuses, à supposer qu'il en existe d'autres, ce sont elles surtout qui peuvent être une source de confusion, et ce sont elles que j'ai dû choisir pour terme de comparaison.

adhérences qui le masquent plus ou moins complètement. On peut néanmoins le considérer comme un des meilleurs et des plus persistants. Quand les végétations sont moins rapprochées que je ne l'ai supposé ici, et qu'elles sont cependant partout contiguës, on a alors en partie le caractère décrit par Hunter, en partie celui que je viens d'indiquer, c'est à dire que la masse végétante est formée par une plus ou moins grande quantité d'excroissances en forme de pyramide à sommet tourné du côté de la verge, lesquelles se divisent facilement par la traction, et ont une structure rayonnée considérées isolément. Si, au lieu de déchirer les tissus par la traction, on pratique des coupes perpendiculaires à la direction des végétations, on trouve une structure aréolaire qui concorde parfaitement avec celle que l'on a constatée en observant en sens opposé. On voit des espèces de cellules à parois blanchâtres, opaques, renfermant une matière grisâtre plus ou moins translucide, plus ou moins fluide : ce qui prouve que les colonnes végétantes sont des espèces de tubes, à parois d'autant plus solides qu'elles sont plus anciennes. Ce caractère éprouve les mêmes modifications que celui qui précède, et s'altère même à un plus haut degré par les progrès du temps.

Nous avons vu que, d'après l'observation de tous les auteurs, la végétation *n'est pas une véritable partie de l'animal* (Hunter, *Loco cit.*), mais qu'elle semble être en quelque sorte un tissu surajouté à l'organe sur lequel elle se développe. Tout au plus, d'après M. Lagneau, trouve-t-on un léger épaississement du derme muqueux ou cutané dans le point de son insertion. Aussi, lorsqu'un organe comme le gland, par exemple, se trouve englouti au sein d'une masse végétante, conserve-t-il sa forme, et les productions morbides se moulent-elles sur lui, de telle sorte que, s'il était possible de les enlever toutes exactement, à leur point d'insertion, on le retrouverait sans altération de forme ni de structure. Toutefois, cela n'est vrai que pendant un certain temps : si les végétations prennent un accroissement par trop considérable, le gland peut être fortement comprimé et s'affaisser à un degré très prononcé sous cette compression. En diminuant ainsi de volume, il devient plus dense, plus dur, il peut crier sous le scalpel, et il est facile, à moins d'une grande attention, de le prendre pour un tissu dégénéré. Il est cependant presque toujours possible d'éviter l'erreur en remarquant que ce tissu conserve, avec une grande tenacité, une souplesse bien supérieure à celle des tissus accidentels ; si l'on en coupe une tranche, il sera facile de la plier sur elle-même sans la rompre ou même la fendiller, ce que l'on ne pourrait faire avec du squirrhe ou de l'encéphaloïde. Il est probable aussi, je ne dis pas certain, parce que j'ai malheureusement omis de faire cette recherche quand l'occasion s'en est présentée, il est probable que le tissu comprimé peut être dilaté et revenir, au moins en partie, à son premier état par une injection de liquide dans son intérieur, tandis que rien de semblable ne peut avoir lieu pour les tissus accidentels.

La vascularisation si remarquable des végétations récentes devient de moins en moins prononcée à mesure qu'elles vieillissent, mais ne disparaît jamais complètement. La persistance donne lieu à un phénomène commun à presque tous les tissus vasculaires, et d'autant plus prononcé que les vaisseaux sont plus nombreux ; je veux parler de l'affaissement que ces tissus éprouvent lorsqu'on les détache du tronc qui les nourrissait. Il est si prononcé sur les jeunes végétations, que certaines se réduisent presque à rien et acquièrent une grande flaccidité après leur ablation : le phénomène est infiniment moins saillant sur les végétations anciennes, mais il persiste presque constamment à un degré suffisant pour qu'il soit possible de le bien constater.

Les végétations de la verge se développent presque exclusivement sur le gland et la face interne du prépuce, et même lorsqu'elles sont arrivées à un degré considérable de développement, elles peuvent être bornées à l'extrémité antérieure de la verge dans une longueur d'un pouce ou un pouce et demi ; mais le plus souvent elles occupent une étendue bien plus grande, et c'est surtout cette circonstance, en apparence effrayante, qui contribue à fausser le diagnostic, en faisant croire que la plus grande partie de la peau du pénis est envahie par la maladie, ce qui n'est pas le propre des végétations ; c'est qu'en effet il n'en est rien : voici ce qui a lieu dans les cas de cette nature :

Les malades qui laissent arriver leurs

végétations au point dont parle Boyer, sont presque toujours affectés de phimosis; la raison en est que chez eux la présence des végétations ne s'annonce que par un gonflement du prépuce dont ils méconnaissent la cause; ils laissent marcher la maladie jusqu'à ce que le gonflement soit devenu assez considérable pour produire un étranglement douloureux qui les force à consulter un médecin; celui-ci débride le prépuce, lequel étant renversé (1) du côté de la racine de la verge, la recouvre en grande partie d'une couche d'excroissances. A cette époque, celles-ci offrent encore ordinairement un aspect lisse, luisant, une rénitence et une coloration rouge, luxuriante, qui ne permettent pas de les confondre avec d'autres productions morbides; cependant, soit ignorance de la véritable nature du mal, soit confiance mal placée dans certains moyens internes ou quelques moyens externes peu énergiques, il arrive souvent que le médecin se borne à une imprudente temporisation, pendant laquelle les végétations continuent à s'accroître et finissent par acquérir une forme sordide qui entretient le médecin dans l'erreur ou qui l'y fait tomber, si déjà il n'y était. C'est alors que, jugeant le mal au dessus de tout autre moyen que l'ablation de la partie affectée, il engage le malade à chercher des secours ailleurs; et c'est à cette période que celui-ci arrive dans nos hôpitaux.

J'ai déjà fait remarquer que les végétations *ont en elles-mêmes une puissance d'accroissement*, suivant l'expression de Hunter (*loco cit.*). Aussi, une fois qu'elles sont envahies par l'ulcération, se reproduisent-elles à mesure que celle-ci les détruit, et l'ulcération n'atteint-elle jamais ou presque jamais le pénis. A la vérité, il n'est pas facile de constater le fait sur le vivant, attendu que l'organe, plongé au sein de la masse végétante, ne peut être exploré; souvent même on est porté à croire à la destruction d'une partie de l'organe, à cause de l'atrophie considérable qu'il peut avoir éprouvée d'après le mécanisme que j'ai décrit. Il est important d'être en garde contre cette cause d'erreur.

Le plus souvent le début des végétations coïncide avec quelque autre affection syphilitique, et c'est ordinairement une blennorrhagie, plus rarement un chancre ou des bubons; dans tous les cas, elles apparaissent plus ou moins longtemps après les autres symptômes, et quelquefois très longtemps; alors, par exemple, que la guérison de ceux-ci est déjà ancienne. Elles peuvent aussi se manifester comme lésion primitive et unique. Quelquefois elles s'accompagnent ou se sont accompagnées à une certaine époque de végétations sur d'autres parties du corps, telles que l'anus, le périnée, le scrotum, etc. Cette circonstance ne doit jamais être négligée dans l'examen du malade.

La durée des végétations est en quelque sorte indéfinie. Elles dataient de cinq ans chez le sujet de l'observation II, et elles promettaient encore une longue existence si le fer n'en eût tranché le cours. Leur progrès est lent et s'accomplit ordinairement sans accidents. Les douleurs sont nulles ou peu intenses, excepté lorsqu'il se déclare un travail inflammatoire, ce qui arrive assez fréquemment dans le courant de leur évolution; ce travail se termine par résolution au bout de quelques jours; rarement il est suivi de la mortification de quelques fragments de végétations. Dans les cas extrêmement fréquents où il existe un phimosis, les douleurs sont considérables lorsque le prépuce commence à être distendu; elles cessent complètement après l'incision de celui-ci, et le bien être dont cette incision est suivie fait le plus souvent retomber le malade dans une sécurité et une indifférence fâcheuses. On doit surtout remarquer dans leur marche le temps extrêmement long pendant lequel l'ulcération peut exister sans entamer la substance de l'organe affecté.

Quand les végétations n'ont pas été précédées ou accompagnées de bubons à leur origine, il est rare, et sans exemple pour moi, qu'il s'en manifeste dans le cours de leur durée. Ce n'est qu'à propos de ces légères inflammations que j'ai signalées que les ganglions s'engorgent quelquefois; mais ils reviennent à leur premier état aussitôt que l'inflammation est calmée (1).

(1) Ce renversement, qui repousse la peau de la verge vers la racine, explique pourquoi cette peau forme en arrière de la masse végétante des bourrelets dont on avait noté la présence sans en indiquer la raison.

(1) J'ai complètement omis de m'informer de l'état des érections et de la sécrétion spermatique chez les malades affectés des végétations dont il s'agit dans ce travail. C'est une lacune assez importante que je signale à ceux qui au-

La santé générale reste bonne pendant fort longtemps, et même souvent pendant toute la durée des végétations ; ce n'est que lorsqu'il s'établit une suppuration abondante, ou que le moral de l'individu est vivement affecté, que les grandes fonctions se troublent quelquefois, au point de produire une émaciation comparable à ce que l'on a désigné sous le nom de cachexie cancéreuse.

Quand les végétations ont été détruites par une cause quelconque, elles récidivent assez souvent ; mais la *force végétante* s'épuise peu à peu, et, en détruisant les nouvelles à mesure qu'elles apparaissent, cette force finit, après un mois ou six semaines, par s'éteindre complètement. Il est à remarquer d'ailleurs que la récidive n'a pas lieu sur le lieu même où l'on a détruit la première, mais à côté, ce qui vient à l'appui de cette observation de Hunter : *Il semblerait que la surface sur laquelle chacune de ces excroissances se développe n'a de disposition qu'à en former une seule.* (Loco cit.)

Les végétations parvenues à un degré considérable de développement ne disparaissent jamais seules, et les traitements intérieurs n'ont, dans l'immense majorité des cas, aucune influence sur elles. Quelquefois seulement elles se détruisent par la gangrène, mais cette destruction est toujours partielle, et ne tarde pas à être réparée par de nouvelles excroissances.

Ici se termine ce que j'avais à dire de l'histoire pathologique et anatomique de cette forme de végétations du pénis qui peuvent, d'après Boyer, être confondues avec la dégénérescence cancéreuse de cet organe. Il s'agirait maintenant, pour mettre le lecteur à même de saisir les différences qui existent entre ces deux affections, de faire pour la dernière ce que j'ai fait pour la première. Malheureusement ma propre expérience ne m'a rien appris sur le cancer du pénis, et ce que l'on en dit dans les ouvrages dogmatiques est tellement en opposition avec ce que nous savons de positif sur l'histoire générale du cancer, qu'on ne peut y avoir qu'une bien faible confiance ; quant aux observations particulières de cancer de la verge, elles sont tellement obscures et incomplètes qu'on ne peut fonder sur elles que des conjectures plus ou moins probables ; et pour mon compte, je suis d'avis que la plupart d'entre elles ne sont autre chose que des exemples de végétations semblables à celles que je viens de décrire. C'est ce qui ressortira, je l'espère, de la courte critique à laquelle je vais me livrer.

Tous les auteurs ont répété que le cancer de la verge commençait par un seul porreau qui se développait sur le gland ou le prépuce, sans donner aucun détail sur ce porreau, et même, si l'on en juge par les observations, sans l'avoir jamais vu à sa naissance et dans ses développements successifs. Ce porreau est-il pédiculé ? Ressemble-t-il à une production épigénique, ou bien la peau est-elle altérée, épaissie, et à quel degré ? C'est ce que l'on ignore complètement. Comment procède-t-il pour, en partant d'un seul point, recouvrir tout le gland et une partie du corps de la verge d'une couche de matière cancéreuse, sans envahir la profondeur de l'organe lui-même ? C'est ce que l'on ne dit pas, et c'est, il faut bien en convenir, ce qui n'est pas facile à concevoir. Si l'on ajoute à cela que la récidive de ces cancers est une chose fort rare sur le lieu primitivement affecté, et sans exemple à ma connaissance sur un organe éloigné, on restera convaincu que les caractères essentiels du cancer, c'est à dire la propriété d'envahir et de s'assimiler les tissus sur lesquels il se développe, et la tendance à la reproduction, manquent presque complètement ici (1). Ces différences radicales ont bien frappé le professeur Bérard, quand il a dit : « Toutefois, ce dernier résultat (la « production de la cachexie cancéreuse) « arrive beaucoup moins tôt que pour le « cancer des autres régions ; que cela tienne « à ce que le cancer du pénis est le plus sou- « vent causé par une irritation accidentelle, « ainsi que nous l'avons dit, ou à toute autre « cause, il est certain qu'il paraît être plus « bénin que celui de la plupart » (on peut dire de tous) « des autres organes ; et cette par- « ticularité de son histoire est de nature à

raient occasion de faire des observations sur ce sujet ; car il est rare que l'on pense à tout.

(1) On pourrait invoquer, en faveur de l'opinion contraire à celle que j'émets, les analogies et le caractère bénin du cancer dit des ramoneurs ; cette invocation pourrait avoir quelque valeur, si ce cancer, qui n'est pas plus des ramoneurs que des maçons ou des charpentiers, mais qui appartient à tous les individus malpropres, si ce prétendu cancer, dis-je, n'était pas lui-même de la nature de ceux de la verge.

« expliquer la proportion moindre des réci-
« dives qui surviennent après l'ablation de
« la maladie. Peut-être aussi faut-il en
« trouver la raison dans la *difficulté de*
« *reconnaître le véritable cancer du pé-*
« *nis, et en ce qu'on a plusieurs fois en-*
« *levé comme cancéreuses des affections*
« *de cet organe qui ne l'étaient pas.* »

Si l'on pouvait toutefois opposer aux différences radicales qu'il y a entre le cancer de la verge et celui des autres organes, des descriptions d'anatomie pathologique dans lesquelles on trouvât indiqués d'une manière non équivoque les caractères du tissu cancéreux, il faudrait bien reconnaître que ces différences tiennent plutôt au siège qu'à la nature de la maladie. Mais il s'en faut bien qu'il en soit ainsi. Lorsque les auteurs des observations de cancer du pénis arrivent à la description anatomique de la production morbide, ils se contentent de dire qu'elle offrait *tous les caractères du cancer* (sans dire quelle espèce de cancer) *qu'il serait inutile d'indiquer plus longuement;* ou bien ils se bornent à avancer vaguement que le tissu de la tumeur *était dur et squirrheux*, toutes assertions qui dénotent une observation superficielle, peu digne de confiance. On ne peut, en conséquence, fonder aucun argument solide sur de semblables observations, soit pour prouver, soit pour improuver la nature cancéreuse des affections dont elles sont destinées à faire connaître l'histoire; seulement, si j'en juge par les deux cas de prétendus cancers de la verge que j'ai eu occasion d'observer et dont l'un a été publié comme tel, je dois croire que, dans la plupart des cas au moins, les observations de cancer de la verge consignées dans la science portent un titre qui ne leur convient pas.

Je vais rapporter les deux cas dont j'ai pu observer les pièces.

Obs. I. — « Le 20 décembre 1842, est entré, salle 4, n. 21, le nommé Beauf....., charpentier, âgé de 32 ans.

« Cet homme n'a jamais eu de chancres ou d'écoulements uréthraux; au moins n'en a-t-il jamais aperçu. Il porte depuis sa naissance un phimosis naturel avec impossibilité de découvrir le gland. Tourmenté par des balano-posthites répétées, il résolut, trois ans avant son entrée à l'hôpital, de se faire débrider le prépuce. L'opération faite, on trouva derrière la couronne du gland plusieurs végétations verruqueuses qui prirent de l'accroissement et furent considérées comme syphilitiques; en conséquence, le malade fut soumis, un an après l'opération, à un traitement mercuriel par la liqueur de Van-Swiéten. Ce traitement ne produisit pas de salivation, bien qu'il fût continué pendant deux mois, et n'amena aucune amélioration dans l'état des végétations.

« Divers caustiques liquides et de l'arsenic blanc furent ensuite mis en usage, sans autre résultat que d'occasionner à plusieurs reprises des inflammations plus ou moins violentes du tissu cellulaire de la verge.

« Aucun antécédent cancéreux n'existe dans la famille du malade.

« En désespoir de cause, il est entré à l'hôpital le 20 décembre 1842.

« Aujourd'hui, 21 décembre, toutes les fonctions s'exécutent avec régularité chez Beauf....., la verge est le siège d'un état anormal; elle offre l'aspect suivant :

« Jusqu'à la région balanique exclusivement, elle ne présente rien de particulier; les corps caverneux ne sont nullement indurés; mais à partir de la base du gland, l'organe est le siège d'une altération remarquable. Le pourtour de la tumeur est considérablement induré; la tumeur elle-même est irrégulièrement sphérique, dure, mamelonnée, à aspect mural, mais en aucune façon comparable aux végétations framboisées; elle sécrète un liquide séro-purulent, d'une odeur repoussante, et qui se concrète en croûtes brunâtres. A la surface, les croûtes, examinées au microscope par M. Gruby, lui ont fourni les caractères du suc cancéreux.

« Le volume naturel du gland est plus que doublé, ainsi que son poids. Plusieurs orifices conduisant dans l'urèthre, le malade urine *en arrosoir*, et l'émission de la sécrétion rénale est accompagnée de douleur très vive. Dans le repos le plus absolu, des élancements se font sentir dans la tumeur; les ganglions inguinaux ne sont ni tendus ni douloureux. »

Je passe un paragraphe dans lequel il est dit que, *malgré l'ensemble des symptômes qui indiquent une affection de nature cancéreuse,* on croit devoir tenter un traitement général. Nous verrons dans un instant quel était cet ensemble de symptômes.

« Beauf..... est donc soumis au traitement par les pilules de protoiodure de mercure et l'iodure de potassium, tisane amère, emplâtre de ciguë sur la tumeur, trois portions.

« Ce traitement fut continué jusqu'au 8 janvier, mais à cette époque une inflammation très vive s'était manifestée dans le tissu cellulaire de la verge, on fut obligé de suspendre pour avoir recours aux antiphogistiques. Du reste, aucune amélioration dans l'état local n'avait suivi l'emploi des moyens ci-dessus énoncés. »

Le 20 janvier, l'inflammation ayant disparu, on pratiqua l'opération dont je passerai les détails sous silence, et qui n'offrit rien de particulier, si ce n'est la réunion de l'urèthre à la peau, dans le but d'éviter l'oblitération consécutive de ce canal, modification dont il reste encore à juger la valeur.

« La guérison était complète le douzième jour après l'opération.

« La pièce enlevée présentait, à part les caractères essentiels du tissu squirrheux lardacé, un état particulier des fibres qui, en quelque sorte parallèles et affectant une disposition rayonnée en prenant pour centre le tissu du gland dégénéré, ne pouvaient être facilement séparées sans se briser que dans le sens de leur longueur. » (*Gaz. des hôpitaux*, 25 fév. 1843.)

Il serait déjà facile de voir, d'après le peu de détails que renferme l'observation, que les *caractères essentiels du tissu squirrheux lardacé* n'existaient pas ; car, outre que ce tissu n'affecte pas la forme rayonnée dont il est question dans l'observation (1), il ne se divise jamais par la traction dans un sens déterminé. Mais il y avait dans le cas actuel un autre caractère qui devait suffire pour faire rejeter l'idée du squirrhe, c'était l'existence de nombreux vaisseaux qui traversaient la production morbide et dont le dégorgement a produit, après l'amputation, cette flaccidité que j'ai signalée ailleurs. Quant au gland, ce n'est que parce qu'on l'a confondu avec la tumeur elle-même qu'on a pu le dire doublé de volume ; il a été facile, au contraire, de s'assurer après l'opération qu'il avait conservé sa structure et son volume normaux, et qu'il était seulement entouré par les colonnes végétantes de la même manière que les graines sont disposées sur le réceptacle de certaines plantes de la famille des composées, du pissenlit par exemple.

Je ne dirai rien du résultat de l'examen microscopique, parce que dans l'état actuel de la science les caractères qu'il fournit dans le cancer ne peuvent inspirer aucune confiance d'une manière générale, et en particulier dans le cas dont il est question. Il est inutile d'en indiquer ici les raisons.

On voit, d'après ce qui précède, à quoi se réduit *l'ensemble des symptômes qui indiquent une affection de nature cancéreuse.*

Voici maintenant la seconde observation.

Obs. II. — V..... Rom...., âgé de 55 ans, yeux brun-clair, cheveux rares et en grande partie blancs, taille de 5 pieds 2 pouces, peau médiocrement blanche, système musculaire médiocrement développé, très peu d'embonpoint, est entré à l'hôpital du Midi le 6 février 1843.

Cet homme a d'abord cultivé la terre jusqu'à l'âge de 25 ans ; il a été ensuite soldat pendant 3 ans, puis garde particulier pendant 20 ans, et enfin, depuis 7 ans, il pratique l'état de sabottier. Il ne peut donner que des renseignements très vagues sur les maladies auxquelles ses parents ont succombé. Quant à lui, il n'a eu d'autres affections que la variole à l'âge de 13 ans, et dans les vingt dernières années de sa vie, trois ou quatre affections de poitrine caractérisées par un violent point de côté à gauche et de la fièvre ; chacune de ces maladies a nécessité un séjour au lit de quinze jours à trois semaines.

Il y a 5 ans passés, sans avoir exercé le coït avec d'autres femmes que celle qu'il voyait habituellement depuis longtemps, il se manifesta dans l'aine droite une tumeur douloureuse grosse comme un œuf de pigeon ; au bout de quelque temps elle diminua au point de n'avoir plus que le volume d'une noisette, volume qu'elle a toujours conservé depuis. Le malade ne se rappelle pas que cette grosseur fût accompagnée d'aucun autre symptôme du côté des organes génitaux ; à la vérité il était très peu soigneux de sa personne, et était affecté d'un phimosis naturel qui ne lui avait jamais permis de découvrir le gland. Quelque temps après que la grosseur de l'aine eut diminué et cessé d'être douloureuse, il s'aperçut que l'extrémité de la verge se tuméfiait ; cependant, comme la tuméfaction ne s'accompagnait pas de douleurs, il y fit peu d'attention. Après un certain temps qu'il ne peut nullement préciser, il se manifesta un léger suintement par l'ouverture du prépuce ; ce suintement augmenta peu à peu, ainsi que le gon-

(1) La forme rayonnée que le squirrhe affecte quelquefois, et que l'on a comparée à la structure du navet, est beaucoup moins prononcée que dans le cas actuel, n'est point cannelée, et prend pour centre non point l'organe affecté, mais un point quelconque du tissu dégénéré.

flement, et ce ne fut que trois ans après le début de la maladie qu'il se trouva assez incommodé pour aller consulter le médecin de son village situé dans le département de l'Yonne. Pendant un an il employa plusieurs topiques, plusieurs espèces d'injections entre le prépuce et le gland, et enfin il prit à l'intérieur pendant plusieurs mois, irrégulièrement et à différentes reprises, un grand nombre de pilules dont il ignore la composition. Pendant le courant de cette année il éprouva plusieurs alternatives de mieux et de pis, souffrant de temps en temps de douleurs vives dans la partie malade, puis demeurant ensuite pendant plusieurs semaines sans presque éprouver aucune incommodité. Dans les derniers mois cependant les douleurs devinrent continuelles, le gonflement n'avait pas cessé d'augmenter; la peau du prépuce était luisante, rouge et tendue; on lui pratiqua l'incision du prépuce, et cette incision mit à découvert une tumeur irrégulière, à surface rougeâtre, recouverte d'un liquide sanieux. Plusieurs topiques furent encore appliqués après l'incision, mais la tumeur continua à s'accroître, et le liquide sécrété prit une odeur telle que le malade pouvait à peine se supporter lui-même. L'appétit diminua, l'embonpoint qui avait toujours été peu considérable devint encore moindre, et le malade tomba dans une profonde tristesse. C'est alors qu'on lui conseilla de venir chercher des secours à Paris.

A son entrée le malade était maigre, d'une pâleur légèrement jaunâtre; son moral était abattu. Deux cinquièmes de portion suffisaient à son appétit; il dormait à peine. Cependant il n'y avait point de fièvre, même le soir; les fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement.

La verge, dans une longueur d'un pouce à partir de la racine, avait conservé son diamètre, sa souplesse et sa consistance physiologiques; seulement la peau est un peu violacée, surtout du côté de la tumeur; elle forme aussi plusieurs bourrelets. A partir d'un pouce de la racine on observe, dans l'étendue de trois lignes, une légère tuméfaction et un peu d'induration; puis s'élève brusquement un champignon irrégulièrement sphérique, d'un diamètre moyen de deux pouces et demi, mamelonné à la manière des circonvolutions cérébrales, offrant une surface grisâtre, ulcérée, fournissant une sécrétion sanieuse très abondante et excessivement fétide; cette sécrétion est très adhérente à la surface de la tumeur dont elle comble les sillons, et empêche de la bien observer. L'urine sort facilement par plusieurs fissures qui se trouvent à la face antérieure de la tumeur. Son expulsion n'est pas douloureuse. L'aine droite offre une petite tumeur du volume et de la forme d'une olive, dure, indolente, roulante, sans changement de couleur à la peau. Les ganglions de l'aine droite sont à l'état normal. — On prescrit des lotions continues d'eau chlorurée sur la tumeur; on donne à l'intérieur un traitement mercuriel pendant un mois, et on met le malade à deux cinquièmes de portion qui sont souvent plus que suffisants. Au bout d'un mois, aucune amélioration ne s'étant manifestée, on se décide à pratiquer l'amputation du pénis.

Cette opération, habilement exécutée d'après le procédé ordinaire, à un pouce de la racine, c'est à dire en deçà de la portion indurée, n'offre rien de particulier à noter. On lie deux seuls vaisseaux qui fournissaient une petite quantité de sang, et l'on introduit avec facilité dans la vessie une sonde que l'on fixe comme d'habitude; on fait un pansement simple. — Infus. de till., pot. calmante, diète.

La tumeur présentait la structure suivante :

En l'incisant dans le sens de la cloison intercaverneuse, on voyait au centre un tissu blanchâtre, dense, légèrement souple, résistant au tranchant de l'instrument sans crier sous lui, ressemblant beaucoup, moins l'apparence fibreuse, aux tissus fibro-cartilagineux; en allant du côté de la portion de pénis restée adhérente à la tumeur, la souplesse du tissu augmentait, et celui-ci commençait à prendre l'aspect celluleux et comme feutré propre aux corps caverneux. Dans tous les autres sens ce tissu conservait sa structure homogène, sans qu'il fût possible de distinguer les limites du gland et du reste de la verge avec la matière de nouvelle formation; çà et là on voyait seulement quelques fissures qui séparaient certains mamelons de la tumeur jusqu'à une profondenr à laquelle aurait dû correspondre à peu près la surface de la verge. Ces fissures étaient surtout nombreuses à la face antérieure de la tumeur où la plupart conduisaient dans l'urèthre. A part les points correspondants à ces fissures, il n'était pas possible de diviser la tumeur par la simple traction dans un sens déterminé, si ce n'est dans quelques portions très limitées; dans ces portions la division s'opérait dans une direction perpendiculaire à la surface de la tumeur, et l'on apercevait d'une manière peu nette un aspect rayonné dans le même sens; partout ailleurs cet aspect était impossible à constater. La tumeur offrait sa plus grande densité au centre;

celle-ci était notablement moindre à la circonférence, où cependant il n'y avait pas de ramollissement proprement dit. Le tissu était partout un peu flasque et souple ; il était traversé par des vaisseaux déliés et médiocrement nombreux ; il n'y avait aucun épanchement sanguin ni aucune ecchymose dans son intérieur. L'urèthre cheminait dans l'étendue d'un pouce et demi à travers la tumeur, et se terminait au fond des fissures dont il a été question et avec lesquelles il se continuait directement ; sa muqueuse était blanche, plus adhérente que de coutume aux parties environnantes, mais sans bosselures, ulcérations, ni perte de poli.

Le malade n'eut point de fièvre jusqu'au cinquième jour ; au troisième jour il y eut une hémorrhagie qui fournit environ trois à quatre palettes de sang et qui fut arrêtée facilement par une compression modérée précédée d'une cautérisation avec le nitrate d'argent. Au cinquième jour la bourse et le testicule du côté gauche se tuméfièrent ; la peau devint rouge et douloureuse ; malgré des topiques émollients fréquemment renouvelés et une saignée du bras, la tuméfaction s'étendit bientôt à la bourse opposée, et les deux réunies acquirent un volume au moins égal à la tête d'un fœtus à terme ; pendant douze jours le malade souffrit beaucoup, eut une fièvre assez intense, ne dormit nullement et ne supporta la sonde qu'avec les plus grandes peines : on fut obligé de la supprimer le treizième jour. Cependant les accidents diminuèrent peu à peu, et au vingtième jour il ne restait plus qu'une tuméfaction encore considérable, sans rougeur ni douleur. Après cette époque on mit plusieurs fois la sonde pendant quelques heures sans aucun inconvénient. La cicatrisation marcha malgré les accidents, et elle fut complète au vingt-deuxième jour. Le malade, qui avait été considérablement amaigri encore par la maladie aiguë intercurrente et l'opération, commença à manger un peu au vingtième jour ; son appétit se développa de plus en plus, et cinq portions lui suffisaient à peine quand il quitta l'hôpital le 1^er^ mai. Son embonpoint était alors aussi considérable, sinon davantage, qu'il n'avait jamais été ; son teint était un peu rosé, sans aucune nuance jaune. La verge, dont il restait un pouce après l'opération, s'était peu à peu retirée, de sorte qu'après la cicatrisation il y avait, à l'endroit où elle s'insère, une dépression au lieu d'une saillie (1). L'émission de l'urine se faisait par un jet large et était projetée à une assez grande distance. Les bourses étaient complètement revenues à leur état normal.

Ce cas est beaucoup moins clair que celui qui précède, et l'on conçoit que lorsqu'on n'a pas fait une analyse rigoureuse de chacun des caractères que présentait la tumeur, on puisse encore conserver des doutes sur sa véritable nature. Mais il est certain qu'en y regardant de près, on ne trouve dans cette tumeur ni les caractères du squirrhe, ni ceux de l'encéphaloïde. On n'y trouve pas ceux du squirrhe, puisque la tumeur était traversée par des vaisseaux, qu'elle était devenue souple et un peu flasque après l'opération, et qu'enfin elle n'avait ni la structure cellulaire, ni la demi-transparence lardacée du tissu squirrheux. C'était encore moins de l'encéphaloïde ; car une masse encéphaloïde existant depuis cinq ans, ulcérée depuis un an, et qui n'offrirait aucun point de ramollissement, ni aucun épanchement sanguin, ni aucun noyau de ce tissu jaune qu'il est si fréquent d'y trouver à une époque avancée de son développement, serait une chose extraordinaire ; ajoutez à cela qu'il faudrait singulièrement forcer les caractères que l'on a affectés au tissu encéphaloïde pour les reconnaître dans la description précédente. Je pense donc qu'il s'agissait encore ici de végétation du pénis, et il me semble que le mode de développement, les antécédents, la rapidité et la solidité (1) de la guérison ne sont pas de faibles arguments en faveur de cette manière de voir.

J'ai cherché jusqu'à présent à établir les caractères des végétations chroniques du pénis, et j'ai montré qu'on les a le plus souvent confondues avec le cancer de cet organe ; mais ces connaissances seraient à peu près stériles, si elles ne nous conduisaient pas à résoudre deux importantes questions, dont je vais maintenant m'occuper, savoir : 1° Peut-on reconnaître d'une manière certaine les végétations syphilitiques sur le malade ? 2° Le diagnostic sup-

(1) Du moins dans l'état de non érection.

(1) Le malade avait promis d'écrire pour demander des conseils dans le cas où la maladie récidiverait ; on n'a rien reçu de lui. Je ne donne ce renseignement que pour ce qu'il vaut ; j'ajouterai cependant que ce malade était un homme fort sensé, et qu'il paraissait fidèle à ses promesses. Quant au sujet de la première observation, sa santé est actuellement excellente, et il remplit, dit-il, *toutes* ses fonctions régulièrement.

posé possible, doit-on modifier la thérapeutique que l'on a suivie jusqu'à présent dans les cas de ce genre ?

Je vais répondre successivement à chacune de ces questions.

Première question. Je ne m'occuperai, bien entendu, que des végétations qui recouvrent complètement au moins le gland, le diagnostic des autres ne pouvant offrir de difficultés sérieuses. Le diagnostic de ces végétations sera fondé :

1° *Sur le développement et les antécédents de la maladie.* Lorsque le début de la maladie aura été précédé de quelques semaines ou de quelques mois au plus d'autres symptômes syphilitiques, lorsqu'il existera des engorgements inguinaux aussi anciens ou plus anciens que l'affection de la verge, lorsqu'il aura existé ou qu'il existera actuellement des végétations sur d'autres parties du corps, lorsque le malade aura pu observer les excroissances à leur début et qu'il aura pu constater qu'elles se sont développées par un grand nombre de points à la fois, lorsqu'il en aura vu quelques unes en forme de crête de coq, on aura les plus grandes probabilités qu'on n'a point affaire à un cancer, mais bien à des végétations.

2° *Sur la marche.* Si aux caractères précédents se joint une marche très lente de la maladie, si surtout la période d'ulcération date de longtemps sans avoir envahi le tissu de l'organe malade, si elle n'a que peu ou point d'influence sur la santé générale, les probabilités seront plus grandes encore.

3° *Sur les caractères anatomiques.* Ces caractères diffèrent suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas ulcération de la surface malade. Quand il n'y a pas ulcération, la forme mamelonnée, en choufleur, framboisée ou en crête de coq, ne laissera pas de doute dans l'esprit de ceux qui auront eu quelquefois l'occasion de voir des végétations à un degré moins avancé. Lorsqu'il y aura ulcération, les petits mamelons pourront disparaître, mais il restera les gros mamelons formés par la réunion de plusieurs petits ; et si, dans les lignes où se trouvent en contact les gros mamelons, on peut enfoncer, sans rien déchirer, la lame d'une spatule ou seulement un stylet, on aura un caractère qui n'appartient pas au cancer. Enfin, si ce caractere était masqué par les adhérences que les gros mamelons ont contractées entre eux, il faudrait exciser une partie de la tumeur, et voir si l'on ne pourrait pas y constater la structure rayonnée et tubulée sur laquelle j'ai longuement insisté précédemment. Avec un de ces derniers caractères, les probabilités du diagnostic deviendront une certitude ; cependant il ne faut point négliger les autres caractères anatomiques, et surtout ne se prononcer sur la nature cancéreuse que lorsqu'on aura positivement reconnu les éléments anatomiques du squirrhe ou de l'encéphaloïde.

Je n'ai pas parlé du caractère des douleurs qui ne peut servir absolument à rien.

Je réponds donc à la première question qu'un examen attentif conduira, dans la plupart des cas, à un diagnostic ou certain ou infiniment probable. Dans les cas où il sera douteux, on devra encore se conduire comme s'il était certain, car il y aurait beaucoup d'inconvénients à se conduire différemment, et aucun à se conduire ainsi.

Deuxième question. Quant au traitement, quoique l'expérience m'ait convaincu de l'inutilité (1) des traitements internes dans les cas de végétations et de la nécessité de recourir à l'instrument tranchant, cependant mon opinion est que le procédé généralement suivi doit être profondément modifié, car je pense que la verge peut et doit toujours être conservée. Pour arriver à cet heureux résultat, il faut attaquer la tumeur par sa face externe, soit à l'aide de caustiques violents, soit à l'aide de l'instrument tranchant, ce qui est préférable, attendu qu'il ne faudrait pas moins de plusieurs mois pour détruire par les caustiques de grandes masses de végétations. Lorsqu'on emploiera de prime abord l'instrument tranchant, on enlèvera, en dédolant autour de la masse végétante, une quantité de tissu telle que le diamètre de la portion de verge malade soit de deux à trois lignes supérieur au diamètre de la portion saine. Une légère cautérisation suffirait pour arrêter l'hémorrhagie si elle se manifestait (2). On doit se

(1) Quand je dis inutilité, je n'entends parler que de l'action directe des traitements sur la masse végétante ; mais je ne voudrais pas affirmer que le traitement soit inutile pour détruire la disposition ou la *force* végétante.

(2) Ce procédé a beaucoup d'analogie avec celui que M. Lisfranc a conseillé dans ce qu'il a appelé les cancers superficiels, lesquels ne sont très probablement autre chose que des végétations anciennes ; mais il en diffère essentielle-

borner là dans un premier temps, et ne point chercher à arriver jusque sur le tissu sain, comme on l'a conseillé; il y a plusieurs raison pour agir ainsi. La premiere, c'est qu'il n'est pas toujours facile ni même possible de distinguer le tissu sain d'avec le tissu malade; la verge, comme je l'ai déjà dit, comprimée sous la masse végétante change d'aspect au point de devenir méconnaissable, en sorte que l'on pourrait tres bien trancher dans le tissu sain en croyant trancher sur le tissu malade. Une seconde raison, c'est qu'en réduisant la masse accidentelle à l'épaisseur que j'ai indiquée, on permettra à l'organe malade de se développer, la compression qu'il éprouvait étant considérablement diminuée; souvent alors les végétations seront écartées les unes des autres par l'augmentation de son volume, le diagnostic en sera plus éclairé et la terminaison de l'opération plus facile et plus sûre, puisqu'on pourra distinguer alors les points où s'arrête la maladie. Enfin, une troisième raison, c'est qu'après ce premier temps de l'opération il pourra pousser quelques nouvelles végétations, dont la forme et le mode de développement fixeront d'une manière certaine les idées du médecin sur la nature de la maladie, et lui permettront de rassurer le malade sur les dangers futurs qu'il pourrait craindre. L'opération ou les opérations ultérieures (car il est possible qu'il soit nécessaire d'en faire plusieurs) seront pratiquées avec les mêmes précautions.

Le temps qu'on devra laisser écouler avant de tenter une seconde ablation sera, comme on le comprend, bien subordonné aux changements qui surviendront dans la tumeur; on ne peut donner d'avance aucune règle précise à ce sujet. Si le diagnostic n'avait pas été juste et qu'on trouvât dans les portions enlevées les caractères du cancer, on serait toujours à temps de pratiquer l'amputation de la verge; mais, dans ce cas même, il faudra toujours attendre que l'ulcération fasse des progrès inquiétants. Je suis certain qu'en prenant les soins que j'indique, cette opération deviendra extrêmement rare.

Ce que je viens de dire des végétations du pénis s'applique, dans sa généralité, aux végétations qui peuvent se développer sur beaucoup d'autres parties, et en particulier à celles de la langue, de la face, du scrotum et du rectum. J'attendrai les faits pour m'occuper de ces dernières.

H. DE CASTELNAU.

ment en ce que je conseille de ne pas entamer le tissu sain, principe important fondé sur le peu de danger des récidives quand il y en a, et surtout sur la difficulté presque insurmontable de distinguer le tissu malade d'avec celui qui ne l'est pas.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU XVII^e^ SIÈCLE.

VARANDAL. — NICOLAS DE BLEGNY. — GERVAIS UCAY. — MUSITANO.

Les doctrines de Fallope, toutes puissantes dans la dernière moitié du seizième siècle, furent acceptées et continuées par presque tous les auteurs qui s'occupèrent de la syphilis pendant les premières années du siècle suivant. L'école galénique n'avait été que faiblement ébranlée par les attaques de Paracelse, et les idées du médecin de Pergame régnaient encore, sinon sans contrôle, du moins sans rivales. Cependant nous allons pouvoir apprécier déjà un changement important dans la syphilographie. Jusque là cette science était perdue dans le chaos de cette pathologie confuse qui signala surtout l'ere dégénérée du galénisme; elle n'apparaissait qu'à un rang tout à fait secondaire, mais elle va sortir de l'obscure place que les théoriciens du dix-huitieme siecle lui réservaient dans leurs œuvres; elle aura bientôt ses historiens à part, des livres faits exprès pour elle; elle va devenir enfin une spécialité. C'est alors seulement que, sortant des langes où elle était enfermée, elle élargira son domaine, et parviendra peu à peu à l'état de science faite.

Quoi qu'il en soit, les doctrines humorales avaient conservé tout leur empire jusqu'en 1620, époque à laquelle nous rencontrons

Varandal (*Varandœus*), professeur de Montpellier, homme d'une sage pratique et d'un jugement estimé, mais dont le traité sur la maladie vénérienne (1) prouve suffisamment la vérité que je viens de signaler. Aussi, quoique assez remarquable d'ailleurs, le livre de Varandal mérite-t-il surtout d'être cité sous ce point de vue, parce qu'il prouve la lenteur avec laquelle s'établissent les idées véritablement philosophiques et la résistance opiniâtre qu'opposent des théories préconçues aux progrès de l'observation et de la pratique.

Après avoir discuté l'origine de la maladie vénérienne, Varandal n'hésite pas à la considérer comme venant des Indes, c'est à dire qu'il partageait l'opinion, généralement accréditée alors, de l'origine américaine. Si nous suivons notre auteur dans ses recherches sur la nature, sur la cause intime de la maladie vénérienne, nous allons retrouver ce théorisme vague et indéterminé signalé déjà dans Fallope, et aussi cette propension à disserter qui marqua si bien la décadence des doctrines galéniques. Varandal définit ainsi la maladie vénérienne (2) : Une intempérie occulte ne se communiquant que par la contagion, inhérente surtout au foie, affectant d'une certaine antipathie le sang qui lui est propre, et ses esprits naturels, d'où naissent les corruptions spéciales, les solutions de continuité, les tubercules et les autres symptômes. Pourquoi est-ce une intempérie ? c'est parce qu'elle constitue une affection des parties similaires. Pourquoi est-elle une maladie des parties similaires ? c'est parce qu'elle affecte un organe noble, le foie. Ici nous trouvons reproduites dans leur entier les idées que Fallope avait mises en crédit. Ainsi, la preuve de l'affection du foie résulte de certaines congestions excrémentielles, de la coloration particulière de la peau, de la torpeur, des écoulements gonorrhéiques, de la production des bubons, etc. Cependant, à l'époque où écrivait Varandal, des objections faites à ce système avaient donné lieu à des appréciations toutes nouvelles. On demandait aux partisans de l'infection du foie comment il se faisait que le principe vénérien, étant assez âcre pour ulcérer des parties externes, il n'ulcérait pas le foie avec lequel il se trouvait, selon Fallope, immédiatement en contact. Pour échapper à cette objection, Varandal répondait : que l'ulcération, loin d'être l'essence de cette maladie, n'en était qu'une manière d'être, qu'un accident ; que l'ulcère n'apparaissait que là où il y avait action première du principe vénérien, ou cachexie bien caractérisée ; qu'enfin, le foie étant toujours éloigné du premier contact, il n'était pas étonnant qu'il ne fût pas atteint d'ulcérations, ou que du moins il ne le fût que rarement. Ainsi, pour sauver sa doctrine, Varandal admettait la localisation, et il disait que l'infection vénérienne, après être restée cachée quelque temps dans la partie primitivement affectée, était portée par les veines au foie, son siège véritable et univoque.

Ainsi la cause intime de la maladie vénérienne était une affection particulière du foie ; mais Varandal y avait ajouté ce qu'il appelait les causes externes, c'est à dire tout ce qui constitue la contagion. Et d'abord il admettait que dans une maladie essentiellement contagieuse, l'infection résultait de la putridité et de la corruption des humeurs, desquelles s'échappaient, comme des miasmes, des semences virulentes qui modifiaient toute l'économie. On voit que le professeur de Montpellier était préoccupé de ce quelque chose d'inconnu, de ce principe spécial qui préside au développement de la maladie syphilitique, qui avait été si bien défini par Fernel, mais qui n'avait pas trouvé place dans le système de Fallope, et qui devait être rejeté plus tard par les médecins chimistes, comme l'indigne aveu d'une ignorance irremédiable. Ce principe est invoqué souvent par Varandal, sous le nom vague de *seminarium*, auquel il ajoute, pour lui donner une signification, une idée de virulence toute particulière. Sous ce point de vue, la science avait fait un pas, puisqu'elle était revenue aux opinions si rationnelles de Fernel. C'est d'ailleurs au livre de ce savant professeur qu'il faut se reporter pour apprécier les modes de contagion admis par Varandal ; seulement ce dernier avait mieux compris et mieux indi-

(1) Johannis Varandæi. *Tractatus de lue venerea.* — Genève, 1620.

(2) Ibid. — P. 66. — ***Sit ergo lues venerea intemperies occulta et contagio tantum contracta, hepati potissimum inhærens, illiusque sanguinem ac spiritus nativos antipathia quadam inficiens, undè corruptelæ propriæ, solutiones continui, tubercula et cætera symptomata exoriuntur.***

qué l'hérédité, quand il dit que la maladie vénérienne peut être transmise par les parents infectés (*hoc fit in ipso ortu à seminibus parentum infectis*).

Pour en finir avec les idées théoriques de Varandal, il me reste à ajouter qu'il considérait, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'ulcération vénérienne comme le résultat local de l'âcreté de ce principe virulent qu'il avait admis ; que, comme Fallope, il supposait une gonorrhée virulente survenant à cause de la malignité de ce principe, malignité qui altérait le foie lui-même et les organes spermatiques, d'où il résultait un flux perpétuel d'une matière séreuse et blanchâtre, ayant une odeur désagréable, et pouvant durer plus ou moins longtemps ; qu'enfin il considérait le bubon comme l'effet de la matière vénérienne devenue trop épaisse, allant du foie à son émonctoire inguinal, et y causant des tumeurs. La localisation du chancre était une idée nouvelle, comparée au système de Fallope, et nous avons vu comment Varandal avait été conduit à l'ériger en principe. Au point de vue de la gonorrhée, le médecin de Montpellier se rapproche tout à fait du professeur de Padoue : c'est toujours le *profluvium seminis*, bien que modifié par cette appréciation d'une nouvelle sérosité blanchâtre ; mais nous devons retrouver pendant longtemps encore la théorie de Magninus sur la semence corrompue : quant au bubon, la science, sur ce point, n'avait pas fait un seul pas, et l'on en était encore aux idées des arabistes.

La symptômatologie, déjà mieux appréciée par Fallope, était, depuis ce grand anatomiste, le seul point de la syphilographie qui eût réellement progressé, bien qu'il fût encore singulièrement obscurci par le vague et l'incertitude des descriptions. Varandal admettait trois phases bien distinctes dans le développement de la maladie vénérienne, et s'il était permis de faire disparaître d'un seul coup les deux siècles qui nous séparent de ce disciple de Galien, nous pourrions trouver tout entière dans son livre la théorie des trois ordres de symptômes admise par plusieurs médecins de nos jours. Varandal a clairement indiqué en effet les symptômes primitifs, secondaires et tertiaires tels qu'on les entend aujourd'hui, quand il décrit les signes de la maladie vénérienne, selon qu'elle était ou commençante, ou confirmée, ou invétérée. A la première période appartiennent les petits ulcères, les pustules, les bubons, l'inflammation des parastates, avec un flux de matière virulente entretenue par le foie, les taches exanthématiques : la seconde est annoncée par des pustules dures, siégeant au front, autour de la tête, quelquefois semblables à l'ecthyma des enfants, quelquefois se rapprochant de l'aspect des verrues, affectant une coloration variable ; des tumeurs au pénis, au gland, tumeurs dégénérant en gangrène ; l'ulcération de la gorge, la raucité de la voix, l'alopécie, des douleurs vives, s'exaspérant la nuit ; enfin, on reconnaît la troisième à la corruption des dents et du palais, à la destruction des os propres du nez, à la carie des os du front, des bras, du métacarpe, à la chute des ongles, aux exostoses, enfin à tout le cortège des symptômes qui traduisent un état cachectique, commençant à l'altération des tissus solides et finissant à la mort.

Comme on le voit, la symptômatologie de la syphilis, bien qu'encore peu précise, avait cependant gagné sous le rapport de l'ordre et de la méthode : mais c'est surtout au point de vue du traitement que cette branche de la science avait réellement fait des progrès. Varandal a indiqué avec beaucoup de soin le régime à suivre pour les individus affectés de maladie vénérienne : il a préconisé surtout la saignée et les purgatifs ; mais attaché jusqu'au bout aux errements du seizième siècle, il a regardé le gaïac comme le remède par excellence à employer contre la syphilis. On retrouve dans son livre, comme conséquence de cette opinion, toutes les formules de proscription que Fernel et Fallope avaient émises contre le mercure : Varandal le regardait, en effet, comme un moyen méchant et délétère ; et cependant, il est permis déjà de signaler une tendance à revenir à des idées plus rationnelles sur l'emploi de cet agent thérapeutique si précieux. Ainsi cet auteur avoue qu'il s'en sert dans les cas désespérés et alors que la maladie a résisté à tous les autres remèdes, et il en conclut que quand l'indication le comporte, il ne faut pas hésiter à y avoir recours. Quant au mode d'emploi, Varandal avait suivi la manière qui était déjà en vogue, c'est à dire la méthode des frictions, méthode qui, après avoir été vigoureusement combattue par les partisans exclusifs du gaïac, devait devenir aussi puissante que généralement répandue. Il a suivi d'ailleurs, pour les

symptômes particuliers, la voie ouverte par les praticiens qui s'occupaient de syphilis; il a donné pour chacun d'eux un traitement spécial et complet; il s'est occupé aussi avec soin des symptômes concomitants ou successifs.

Le livre de Varandal appartient, ainsi que je l'ai dit, à la dernière période de cette ère galénique qui semblait devoir être immortelle. Paracelse avait porté les premiers coups à ces doctrines si solidement établies, mais il était réservé à Van-Helmont d'achever leur ruine, et de préparer dans l'histoire de la médecine le règne de la chémiatrie. Tout le monde connaît les idées excentriques de cet homme célèbre, et on les retrouve dans ce qu'il a dit de la syphilis. Pour en donner un exemple, il suffit de rappeler qu'il attribuait l'origine première de la maladie vénérienne à la copulation d'un homme avec une jument attaquée du farcin. Mais il faut nous hâter d'arriver à l'application des doctrines nouvelles à la syphilographie, et à ce que l'on peut appeler la période de la spécialité syphilitique.

Cependant disons quelques mots en passant d'un homme, fort peu connu d'ailleurs, qui marqua dans l'époque de transition entre le galénisme et la chémiatrie, je veux parler de Thierry de Héry (1), qui contribua surtout à mettre en vogue, parmi les praticiens français, les frictions mercurielles déjà rendues célèbres par Jacques de Carpi. Cet écrivain a d'ailleurs un mérite assez rare à cette époque, c'est d'avoir émis, bien que brièvement et presque sans discussion, des idées qui lui paraissent propres, et de ne pas s'être traîné sur les errements de telle ou telle école. Il attribuait tout naïvement l'origine de la *vairolle à l'indignation et à la permission du Créateur, lequel pour refréner la trop lascive, pétulante et libidineuse volupté des hommes, a permis que telle maladie régnast entr'eux, en vengeance et punition de l'énorme péché de luxure.* Ce langage était bien vague, sans doute, mais il prouve que, pour certains esprits, la fable de l'origine américaine n'était déjà plus suffisante. Thierry de Héry définissait la maladie vénérienne : *une indisposition contre nature, causée de vapeur vénéneuse, par attouchement, principalement en compagnie charnelle, avec qualité occulte.* Certes cette définition est loin d'être précise; cependant elle peut donner à penser que l'auteur avait comme le sentiment vrai de la nature de la syphilis, surtout si l'on y ajoute ce qu'il dit quelques pages plus loin : *et se communique ledit venin par tout le corps, quasi en mesme sorte que le venin de la morsure d'un chien enragé....*

Thierry de Héry avait admis la division de la *vérole* en primitive et secondaire ou invétérée, comme il l'appelait, rapportant à la première l'*ardeur d'urine*, autrement appelée *pisse chaude*, les ulcères, les douleurs mobiles, l'alopécie, l'ophthalmie, et à la seconde les douleurs profondes, les affections des os, les *dartres squameuses*, etc. Il la faisait de plus compliquer par une suite d'accidents nerveux, le spasme, l'épilepsie, et il disait qu'elle pouvait devenir la source de toutes les maladies. On reconnaissait ainsi à cette époque une espèce d'ordre nécessaire dans le développement des symptômes de la syphilis, et cependant Thierry de Héry avouait qu'il pouvait exister des exceptions à cette règle, et il a dit : *qu'en plusieurs se voyent signes évidents de la vérolle, sans toutefois qu'au précédent ils ayent vlcères en la verge, vulve et telles parties honteuses, ny bubons aux aynes, ny pissechaude.* Veut-on savoir ce qu'étaient pour lui les chancres? *Leur naissance sera par le moyen du venin fraischement receu de quelque autre ayant gonorrhée vénérienne ou ulcères à la verge, lesquels adhérants aux porosités de la verge, ulcèreront tout aussi-tost.....* Ainsi un des premiers effets de l'observation et de l'expérience était la constatation de l'identité. Selon Thierry de Héry, il fallait distinguer la *pisse-chaude* virulente de la gonorrhée de Galien, qui n'était que l'involontaire émission du sperme... Il la définissait *une inflammation des prostates et parties circumjacentes..... qui se fait par un virus ou vénéneux esprit, lequel infecte telles parties, et advient à ceux qui ont compagnie de femme immunde...* Et il ajoute (car il admet des chaudepisses simples) que seule elle est un accident de la maladie vénérienne..... Certes, toutes ces considérations sont empreintes d'un bon esprit pratique, et si l'auteur a attribué l'ardeur

(1) *La Méthode Curatoire de la maladie vénérienne* et composée par Thierry de Héry. — Paris. — 1634.

d'urine à l'existence d'ulcères dans l'urèthre, il a posé aussi ce principe éminemment vrai : *Et d'icelle espèce de pisse chaude souvent est engendrée la vérole...* Quant au bubon, il n'a fait que répéter ce qui avait été dit tant de fois avant lui, c'est à dire que ce symptôme était le résultat du venin trop copieux *expellé* par la nature aux émonctoires naturels du foie.

La cause interne de la syphilis étant ce venin dont parle Thierry, il avait admis une cause externe, la contagion, qui avait non seulement lieu par tous les contacts possible, mais encore, selon l'auteur, par le regard. Assurément, c'est une idée des plus singulières, même au milieu des idées si étranges que faisait naître l'appréciation de la syphilis.

Le diagnostic, bien que présenté avec soin, n'offre rien de remarquable, si ce n'est l'induration des chancres signalée en deux endroits..... *Le plus certain signe de la vérolle est ces pustules et ulcères avec dureté de la racine.....* et *les ulcères des parties honteuses, spécialement calleuses et dures en leur racine.*

Il me reste à dire quelques mots du traitement, qui est l'objet principal du livre de Thierry de Héry. Après une apologie longuement motivée du mercure, ce praticien expose avec un soin minutieux le système des frictions, avec des considérations détaillées sur leur forme, sur le temps où il faut les faire, sur les moyens concomitants qu'il faut employer; en résumé, il veut comme base essentielle une température égale, et il faisait faire le matin des frictions modérées sur les *articles* avec de l'onguent mercuriel. Il termine par le traitement spécial de chacun des symptômes primitifs de la maladie vénérienne, disant pour les symptômes de la *vérole confirmée : qu'ils sont curés avec l'ablation de leur cause, soyent pustules, douleurs, dépilation, ulcères, tophes ou nodosités.*

Après nous être occupés de ce petit traité où l'empirisme est semé de quelques propositions remarquables, il faut laisser en arrière les classifications de la syphilis en maladies spirituelles, humorales ou étiques, sa division selon les tempéraments en affections bilieuses, sanguines, pituiteuses et melancholiques; il faut enfin arriver au règne des doctrines chémiatriques, doctrines que nous trouvons formulées aussi complètement que possible, du moins au point de vue de la syphilographie, dans le livre de Nicolas de Blégny (1). Si les théories humorales ont donné naissance à une foule d'hypothèses, sans consistance et sans logique, nous allons voir que les idées de Sylvius ont donné matière à des conceptions non moins bizarres, à des écarts d'imagination non moins étranges.

Nicolas de Blegny paraît être le premier qui ait discuté sérieusement sur l'antiquité des maladies vénériennes, combattant l'*origine napolitaine*, qu'il rejetait comme une fable ridicule, et appuyant son opinion sur des données empruntées aux livres anciens, et surtout aux arabistes : le premier aussi il a mis en avant cette hypothèse bien probable, que sous le nom générique de *lèpre* ou de *ladrerie* on avait confondu avant le quinzième siècle la plupart des symptômes syphilitiques. Il se fondait surtout, pour croire que ces maladies avaient dû exister de tout temps sur la possibilité de leur production spontanée; il croyait, en effet, que diverses semences retenues et mêlées dans les organes génitaux de la femme dégénéraient nécessairement en une matière virulente qui pouvait produire tous les symptômes vénériens; et il a cité, à l'appui de cette doctrine, un fait qui (il est inutile de le dire) n'est rien moins que significatif et probant.

Mais le point important du livre de Blegny consiste dans son système sur la nature, sur l'essence de la syphilis, car là se trouvent résumées toutes les opinions dont il n'était que le reflet. Comme il plaçait le principe des affections syphilitiques dans la semence, Blegny a tout d'abord donné une théorie complète de la matière spermatique, qu'il représente comme composée des éléments qu'il avait substitués à ceux du cartésianisme, éléments terrestre, alcali, acide, liquide, éthéré, igné : il suppose, comme je l'ai déjà signalé plus haut, que différentes semences sont mélangées dans une même matrice; qu'il en résulte une fermentation véhémente; que les parties subtiles se dégagent, traversent les pores de l'organe qui les contient et envahissent l'économie : ces parties subtiles sont des sels volatilisés qui infectent à la manière des venins. Pour Blegny, la matière vénérienne n'était donc que des acides, mêlés et incorporés avec

(1) *L'Art de guérir les maladies vénériennes expliqué par les principes de la nature et les méchaniques.* — La Haye, 1696.

assez de corpuscules spiritueux et ignés, pour leur donner l'activité nécessaire à la pénétration de l'économie et à la production des symptômes syphilitiques. Enumérer ici les raisons sur lesquelles il formule cette théorie serait une œuvre en disproportion avec les limites de cette revue; mais une fois un tel principe admis, il est facile de prévoir quelles en seront les conséquences. Il faut cependant signaler en passant une appréciation qui n'est pas sans une certaine importance. Blegny, répondant *ex professo* à certaines objections que l'on pouvait faire à son système, dit que le farcin et d'autres maladies propres aux animaux ont beaucoup de rapport avec les maux qui chez l'homme sont appelés vénériens. Il semble qu'il ait voulu ainsi rappeler les idées de Van Hélmont. Disons aussi que Blegny réclamait vivement la priorité pour le système qu'il exposait, chose qui d'ailleurs a peu d'importance aujourd'hui.

La cause génératrice ou matérielle des maladies vénériennes était donc des acides, et ce point posé, il restait à discuter sur les causes communicatives, ou la contagion. Je ne reviendrai plus sur les voies d'infection qui étaient alors généralement admises et que le temps n'a fait que sanctionner; mais à l'époque où écrivait Blegny existait encore cet esprit d'exagération qui avait dénaturé presque tous les livres du siècle précédent; ainsi notre auteur admet que la contagion pouvait avoir lieu par exhalation, et il cite le fait d'un enfant de neuf ans qui aurait contracté une chaudepisse pour être resté assis sur les genoux de son père, affecté lui-même de ce symptôme!

Appliquant sa doctrine séminale à l'étiologie de la syphilis, Blegny s'en sert pour expliquer comment il se fait que de plusieurs hommes ayant des rapports avec la même femme les uns sont infectés alors que les autres restent sains : il suppose que cette femme, n'ayant pas pris du plaisir avec tous, a pu en épargner quelques uns en ne les mettant pas en contact avec sa propre semence. Aussi Blegny faisait-il de l'excitation voluptueuse une condition essentielle de la contagion syphilitique.

Une fois la cause générative établie, il restait à expliquer le mode d'action de ce principe spécial, et pour cela on a supposé que ces acides vénériens étaient rendus pointus par le mouvement qui leur était imprimé, qu'ils avaient dès lors une qualité agressive, pénétrante, capable de corroder les tissus et de produire tous les désordres que la syphilis peut introduire dans l'économie. Si la matière vénérienne attaquait seulement la superficie de la peau, il y avait ulcère; si, au contraire, elle affectait l'enveloppe cutanée tout entière, rongeant les fibres de ces parties et y produisant une dureté sensible par la coagulation du peu d'humidité que l'on rencontre dans le lieu affecté, avec une certaine callosité des bords de la plaie, il y avait alors chancre. Cette induration signalée déjà tant de fois était considérée par Blegny comme annonçant un degré déjà avancé de la maladie, car il dit *que c'est une marque évidente que les acides vénériens ont pénétré plus profondément les parties*. Si la matière vénérienne, pénétrant plus profondément encore, déterminait une inflammation des parties qui servent à la génération, avec altération des vaisseaux spermatiques et corruption de la semence, il y avait alors gonorrhée. Quelques auteurs, François Ranchin entre autres, avaient prétendu déjà que la matière des écoulements gonorrhéiques n'était que le pus d'un ulcère ou d'un abcès formé dans la profondeur des organes génitaux, mais Blegny soutenait l'ancienne opinion du *profluvium seminis*, si bien d'accord d'ailleurs avec la théorie de la syphilis. Après avoir exposé sur la nature de la semence un système qui échappe à l'analyse, il explique ainsi comment les gonorrhées se forment : « La matière vénérienne étant volatile et spiritueuse, elle peut recevoir assez de mouvement dans le coït pour se porter jusqu'aux vases spermatiques dans les hommes, et jusqu'à la matrice dans les femmes. Cela étant supposé, il est aisé de concevoir qu'elle ne peut pas demeurer longtemps dans ces parties, sans exciter une sorte de fermentation dans la semence qu'elles contiennent, et qui est déjà d'elle-même bouillante et écumeuse, ce qui est, à proprement parler, une espèce de digestion qui la réduit en pus, et qui échauffe assez les parties qui la contiennent et celles qui sont voisines pour y faire une dilatation qui permet l'écoulement de ce pus.... » Blegny pensait enfin que cette inflammation pouvait être telle qu'elle ôtait à la vessie la liberté de s'ouvrir pour le passage des urines, et alors, disait-il, la gonorrhée dégénérait en chaudepisse. Si cette théorie était loin d'être neuve, les considérations dont elle était appuyée étaient

du moins présentées sous un point de vue original, et l'on peut dire de la doctrine des acides ce que l'on a déjà remarqué à propos de certains systèmes modernes, qu'elle avait le mérite, sinon d'être vraie, du moins d'être en apparence très logique et très satisfaisante.

Quant au bubon, Blegny le considérait comme une crise heureuse et salutaire qui, en attirant la matière vénérienne vers les aines, aidait ainsi l'économie à se purger du venin dont elle était infectée. Sur ce point, notre auteur tenait encore aux idées humorales, mais il allait plus loin que les syphilographes du seizième siècle, puisqu'il posait comme un axiôme de thérapeutique, et comme conséquence de son système, la nécessité de la suppuration pour les bubons véroliques.

Si l'on ajoute quelques considérations plus pratiques sur le phimosis et le paraphimosis, on aura la description de ce que Blegny appelait la vérole particulière. Pendant cette première période, les acides vénériens n'avaient eu encore qu'une action locale, exprimée par des symptômes que l'on appelle aujourd'hui primitifs, bien que tous pussent être suivis des accidents de la vérole générale; aussi recommandait-il d'éviter les grands remèdes, c'est à dire un traitement antivénérien. Il conseillait pour le chancre la cautérisation qui, selon lui, enrayait la marche des acides syphilitiques; et il faisait traiter la gonorrhée par ce que l'on appellerait aujourd'hui une méthode simple, c'est à dire par les émollients, les tisanes rafraîchissantes, les diurétiques, et enfin les astringents en boissons et en injections. Pour le bubon, il ne s'agissait que de favoriser la crise tentée par la nature. Blegny croyait d'ailleurs à la récidive facile des gonorrhées, et je crois qu'il était en cela inspiré par une bonne pratique et par une saine observation. Disons enfin, que Blegny avait pressenti parfaitement l'identité des divers accidents syphilitiques, quand il disait : « Que d'une femme qui aura une chaudepisse, on n'en prend pas nécessairement cette indisposition, mais qu'on en peut tirer une matiere propre à la faire, ou à causer des ulcères, des chancres ou la vérole, selon les différentes parties où elle s'attache. »

Continuant l'application de la théorie au développement de la syphilis, Blegny suppose que les acides rendus de plus en plus actifs et pénétrants, envahissent l'économie tout entière, altèrent le sang, ravagent les organes intérieurs, piquent et rongent les os, d'où naissent tous les symptômes de la vérole, les douleurs ostéocopes, les pustules, les exostoses, la carie des os, etc. Cette partie de l'ouvrage de Blegny est riche en études consciencieuses sur les douleurs vénériennes, et présente une appréciation assez importante des pustules véroliques, remarquables, dit-il, par leur apparence sèche et aplatie, par les petites écailles que l'on y remarque, par la rondeur de leur circonférence et leur couleur *rouge orange*. On voit avec quel soin ce chirurgien avait établi l'ordre successif des symptômes syphilitiques. Cependant, convaincu déjà par les faits, il dit que cet ordre n'est pas nécessaire et constant, et que l'on a pu voir des malades chez lesquels les os étaient pourris, avant qu'ils eussent souffert aucun des accidents dont ce symptôme est ordinairement précédé.

Suivant notre auteur, la vérole se guérissait par des crises naturelles ou artificielles: parmi les premières, il range les bubons, les hémorrhoïdes, les menstrues, etc.; les secondes ont lieu par des moyens qui secondent et perfectionnent les efforts de la nature.

Après avoir posé en principe la nécessité de varier ces moyens selon les individus, Blegny, poursuivant jusqu'au bout la conséquence de son système, dit « qu'il s'agit, pour guérir la vérole, de trouver un médicament assez volatile, liquide et pénétrant pour se mouvoir d'une manière propre à pénétrer toutes les parties du corps, à se mêler et à s'unir avec les acides, et à sortir ensuite par les principales voies ». Nous avons vu que les acides, s'allongeant sous l'action du mouvement rapide qui leur était imprimé, étaient pointus; il fallait donc, pour les combattre un remède capable d'émousser ces pointes dangereuses dont les blessures produisaient tous les symptômes syphilitiques : si une pareille logique prête aujourd'hui à rire, elle a cependant une apparence spécieuse qui a pu imposer aux esprits prévenus du siècle où elle florissait. Aussi est-ce d'après l'application de ce principe que Blegny discute les effets du mercure, et qu'il le repousse comme étant inhabile à remplir l'indication demandée; il

vanté au contraire les sudorifiques, les diurétiques, surtout les purgatifs, tout ce qui pouvait enfin tendre à délivrer par élimination l'économie de ces acides qui l'avaient envahie. Il se prononce enfin avec beaucoup d'énergie comme ce qu'on appelait les grands remèdes, c'est à dire la salivation, admise alors contre un symptôme heureux, comme une voie ouverte à l'élimination du poison syphilitique.

Quoi qu'il en soit du livre de Blegny, ce qu'il importe de constater, c'est le changement qui s'était opéré dans les idées des syphilographes. Il ne sera plus question désormais d'intempérie sèche ou humide, froide ou chaude; mais en sera-t-il résulté un progrès notable pour la science? Il est permis de penser le contraire, car la doctrine des acides n'avait fait que déplacer le vague et l'obscurité qui régnaient dans ce point important de la pathologie. On remarque bien une certaine tendance à apprécier un principe particulier, agissant à la manière des venins, mais cette tendance est défigurée par la prétention de soumettre ce poison au joug de l'analyse, et nous venons de voir à quelles singulières conséquences avait conduit cette prétention étrange. Il faut pourtant nous attendre à voir la théorie de Blegny adoptée par ses successeurs, ainsi que va nous le prouver le petit livre de Gervais Ucay (1) sur la maladie vénérienne. Je n'aurais point fait mention de cet ouvrage, s'il n'avait contenu quelques appréciations précieuses, car il n'est en effet que la reproduction sur quelques points importants de celui de Nicolas de Blegny. On y retrouve les mêmes opinions sur l'antiquité de la vérole, sur la confusion de cette maladie avec la lèpre; mais cela prouve du moins que l'opinion des syphilographes s'était heureusement modifiée à l'endroit de la prétendue épidémie du XV^e^ siecle, et qu'il se manifestait une tendance philosophique à revenir à des idées rationnelles sur l'origine de la syphilis.

Quant à la cause, au principe de la maladie vénérienne, Ucay n'avait rien trouvé de mieux que de continuer cette éternelle théorie des semences corrompues; seulement il avait modifié en un point l'opinion de Blegny. Ainsi il y avait bien encore l'acidité vénérienne, mais elle n'occupait plus qu'un rang secondaire; elle n'était plus qu'un accessoire. L'exaltation des principes séminaux produisait d'abord un poison particulier, le poison vérolique, que Ucay appelait ferment, et, comme il y avait en même temps exaltation des sels (1) contenus dans la semence, ce poison était un acide. Comme on le voit, toute la différence consistait dans l'usage du mot ferment, qui pourra avoir une valeur réelle par la personnification du principe syphilitique. Il était évident en effet que, malgré tous les efforts de la chémiatrie, l'existence d'un virus spécial était révélée aux esprits pratiques du dix-septième siècle, comme elle l'avait été déjà cent ans plus tôt à l'illustre Fernel; et sous ce mot vague de ferment, Ucay avait admis un principe virulent avec une existence et une valeur distinctes; il est vrai que, cédant à la toute-puissance des opinions en vogue, il avait autant que possible amoindri cet acte d'intelligence en rejetant bien loin toute idée de *qualité occulte*, la déclarant bonne pour les ignorants ou les empiriques. Aussi était-ce toujours à l'acidité de ce poison qu'il fallait attribuer la production des symptômes vénériens. Toute cette doctrine peut se résumer d'ailleurs dans la définition que G. Ucay a donnée : « La vérole, dit-il, est une disposition contre nature, contagieuse par attouchement, causée par un ferment de mesme nature, provenu de la corruption des semences de diverses personnes, reçues et retenues dans les matrices des femmes publiques; suivie d'un ou de plusieurs de ces accidents, comme chaudepisse, chancres, etc., etc. »

Avant de passer à la division de la vérole, G. Ucay, précisant sous forme d'axiome une des vérités pratiques les plus utiles en matière de syphilographie, dit que : « Il n'y a aucune différence essentielle entre les chaudepisses, chancres, bubons et la grosse vérole, ni quant à la nature des cas, ni quant à la cause qui les produit, ni quant au remède spécifique. » C'est certainement une des phrases les plus remarquables de ce petit livre, où la concision semble poussée quelquefois jusqu'à la parcimonie. En résumé il admettait une vérole particulière, alors que le virus n'avait agi que localement, et une vérole générale quand l'économie entière était infectée. On voit que les praticiens de ce temps tenaient surtout à la

(1) *Nouveau Traité de la maladie vénérienne*, par M. Gervais Ucay, Amsterdam; 1699.

(1) A ce propos, et pour pouver l'existence des sels séminaux, Ucay rappelle que l'on a fait sortir Vénus de la mer. *Dicitur orta mari!* .....

localisation des symptômes primitifs, et en cela ils étaient inférieurs aux théoriciens du seizième siècle dont ils se raillaient impitoyablement. La contagion est à peine indiquée dans le livre de Ucay : cependant il a cherché à donner la raison de deux phénomènes assez importants en matière d'infection syphilitique ; ainsi il a expliqué la variabilité des symptômes puisés à une même source contagieuse, et il en a trouvé la cause dans le plus ou moins de volatilité du ferment, ce qui revient à la différence des tissus affectés. Il a admis, d'un autre côté, et en se fondant sur les mêmes motifs, que la matière d'une chaudepisse pouvait produire le chancre, et réciproquement. En mettant de côté les bases de cette opinion, il reste à remarquer quels progrès avaient faits déjà l'observation et la pratique, puisque, bien qu'en l'expliquant avec les moyens qui leur étaient propres, les théoriciens chémiatriques avaient parfaitement compris et signalé l'identité.

Le chancre était le premier degré de la syphilis, et appartenait à la vérole particulière, comme la chaudepisse, dont Ucay avait fait, à l'exemple de Blegny, une inflammation des prostates et des parastates, avec acrimonie de la semence, et flux involontaire du liquide corrompu.

Le ferment était bientôt absorbé par les veines, puis, mêlé avec le sang, il déterminait les symptômes de la vérole générale ; depuis le bubon, considéré comme une crise naturelle, jusqu'aux affections des os, embrassant toute la vaste nomenclature des maux vénériens, les taches, les pustules, les gales, les douleurs de toute espèce, les ulcérations, les caries, etc. Comme tous les auteurs de ce temps, G. Ucay avait cherché à établir un certain ordre dans le développement successif des symptômes de la vérole ; mais cédant aussi à l'autorité des faits, il disait : « Cependant tous ces degrés de vérole que je viens de décrire ne gardent pas toujours le même ordre, car on voit quelquefois des os cariés sans avoir veu les autres accidents qui précèdent la carie dans nostre exposition :... » Ucay a d'ailleurs signalé un phénomène d'infection pressenti, mais peu indiqué jusqu'à lui : c'est la vérole d'emblée. « Si, dit-il, le ferment vérolique étoit plus volatil, il pénétreroit non seulement jusqu'aux vaisseaux séminaires, mais encore sans s'y arrêter, il passeroit dans les veines qui sont au voisinage, et, s'attachant au sang, il le corromproit, et ce sang en corromproit d'autre jusqu'à ce que toute la masse pourroit en estre corrompue, et ainsi on auroit la vérole universelle sans s'estre avisé d'aucun accident précédent, ce qui surprend beaucoup et qui trompe bien du monde. » Si nous ajoutons que ce syphilographe a fait une assez large place à l'individualité dans le développement et le plus ou moins d'intensité des symptômes vénériens, on verra qu'il restait peu de chose à faire pour arriver à une théorie rationnelle de la marche de la syphilis et pour saisir les limites exactes de la symptômatologie. Si nous nous arrêtons un instant pour jeter un coup d'œil sur les travaux des praticiens de ce temps d'agitation scientifique, on verra que ce qui nuisait surtout à leur progrès, c'était cette préoccupation stérile qui les entraînait à vouloir soumettre au joug de l'analyse des principes morbides que les théoriciens du seizième siècle avaient fait passer tant de fois, et sans résultat, au creuset de leur logique ; c'était enfin cette lutte continuelle, souvent passionnée, sur les différents modes de traitement. Il semble que s'attachant uniquement à ce qui constituait les extrêmes de la syphilographie, ils n'aient plus trouvé le temps de s'occuper de l'histoire véritable d'une maladie, si importante cependant au point de vue pratique.

Le diagnostic de la vérole particulière n'offre rien de remarquable, si ce n'est un petit portrait du chancre, présenté avec des caractères d'une précision rare à cette époque : il faut donner ce nom, suivant G. Ucay, « à des ulcères ronds, dont les bords sont un peu durs, et le milieu blanchâtre, ou, comme on dit, ressemblant aux œils de perdrix. » L'auteur s'est très étendu sur les signes auxquels il faut reconnaître la vérole générale ; cette partie de son ouvrage est faite avec soin, mais elle est pleine d'une confusion et d'un vague qui en rendent l'analyse impossible. Il semble avoir voulu parler de ce symptôme, signalé sous le nom de *corona veneris*, quand il parle d'un « certain cordon qui vient au front, qui commence avec l'impression que fait le chapeau, et qui ne s'efface point.... »

A l'époque où écrivait Ucay, on était revenu déjà à des idées plus justes sur le prognostic de la syphilis ; aussi n'hésite-t-il pas à dire qu'elle n'est mortelle que par suite de complications graves, qui constituent une

exception. Il lui accordait cependant une grande influence sur la santé, puisqu'il disait, en parlant de véroles mal guéries : « C'est de là que viennent tant de maladies héréditaires, tant de tumeurs scrofuleuses, tant de vieux ulcères, tant de gouttes et de rhumatismes, tant de fleurs blanches aux femmes..... » Ce tableau est présenté avec une sage réserve qui annonce dans l'auteur un bon esprit d'observation.

C'est surtout sur le terrain du traitement que G. Ucay s'éloigne de Nicolas de Blegny. Ici, nous sommes sous le règne absolu de la thérapeutique mercurielle. La théorie de la salivation était alors toute puissante appuyée qu'elle était de l'autorité du grand nom de Sydenham, et elle était une conséquence parfaitement logique du système des acides. Le principe vénérien était considéré comme ayant une existence indépendante même au milieu de l'économie qu'il avait infectée, et on pensait qu'il était possible de l'en faire sortir comme on fait d'un corps étranger : dès lors, tout mode de sécrétion devenait une voie d'élimination plus ou moins précieuse, et si maintenant on fait attention que les chémiatres croyaient à la combinaison des acides vénériens avec les acides qui se trouvent dans le corps ; que la salive jouait parmi ces derniers un grand rôle; que de plus, le mercure contenait une quantité marquée de sel acide, on comprendra comment les praticiens de ce temps avaient été portés à user, et même à abuser du flux de bouche. Toute la question du temps de Ucay était de savoir comment il fallait provoquer la salivation. On sait que la méthode des frictions était devenue d'un usage presque général; Ucay les combatit et les rejeta comme insuffisantes et dangereuses, et il préconisa l'absorption directe, c'est à dire l'emploi du mercure par la bouche. Il disait d'ailleurs, et en cela il faisait une sage appréciation des faits, que le mercure était, sinon un spécifique, du moins le meilleur remède connu pour guérir la vérole.

Il rejetait la cautérisation pour le chancre local, et proposait de le combattre par l'application de l'emplâtre de Vigo, rendu mercuriel. Quant à la chaudepisse, il la traitait par de légers purgatifs, méthode empruntée aussi à Sydenham, et plus tard par l'administration du mercure doux : il recommandait enfin d'être très réservé sous le rapport des injections. Quant au bubon, il n'y avait pas d'autre traitement que celui de la vérole universelle.

Nous avons pu voir jusqu'à présent l'esprit des syphilographes se perdre à la recherche de théories plus ou moins bizarres, ou se renfermer arbitrairement dans les limites de traitements le plus souvent empiriques ; mais il nous est permis de clore cette analyse par l'œuvre(1) d'un homme qui doit occuper le premier rang au point de vue d'une pratique éclairée et consciencieuse : je veux parler de Charles Musitano, prêtre et médecin, qui florissait à Naples vers la fin du dix-septième siècle. Bien qu'il ait dû subir en de certains points l'influence des idées nouvelles, Musitano n'appartenait réellement à aucune école ; seulement il s'est fait remarquer par une haine vigoureuse contre les galénistes qu'il poursuivit des sarcasmes les plus amers, et qu'il accabla de tout son mépris. Il se rapprocha du reste des hommes et des idées de son temps par sa théorie sur l'origine de la syphilis, théorie qui ne le cède point par l'étrangeté à celles de la chémiatrie.

Homme d'un grand savoir, Musitano s'était convaincu par l'étude des livres anciens que les maladies vénériennes avaient dû exister de tout temps ; il a démontré que tous les symptômes de la syphilis étaient clairement décrits dans les ouvrages des maîtres de la science ; mais il n'a pas osé accuser ces grands esprits d'avoir méconnu l'existence d'un principe particulier, présidant à la contagion et au développement de ces maladies, et il a mieux aimé imaginer, pour leur épargner ce reproche, une hypothèse qui conciliait et leur mérite d'observation et l'opinion de l'origine moderne. Après avoir repoussé les influences sidérales, la spontanéité épidémique, et l'endémie américaine, après avoir réfuté Léonard Fioraventi, qui attribuait la production de la syphilis à l'influence de l'anthropophagie ; après avoir surtout combattu la doctrine si répandue alors de la corruption de la semence, il pense que les maux vénériens avaient existé de tout temps, mais à l'état simple, et que c'est seulement en 1494 qu'ils avaient acquis « cette virulence fermentative, au moyen de laquelle une maladie qui ne se communiquait pas auparavant d'un corps malade à

(1) *Traité de la maladie vénérienne et des remèdes qui conviennent à sa guérison*, par Charles Musitano, Trévoux, 1711.

un corps sain par contagion, est devenue capable de se communiquer de cette manière, tout de même que la gale et la lèpre... » Mais comment cette qualité nouvelle leur a-t-elle été communiquée, c'est ce que Musitano n'explique que très confusément.

Après avoir expsé tout un système de vitalisme et une théorie de la maladie en général, Musitano énonce que les affections vénériennes doivent être rangées tout d'abord parmi les dégénérescences du suc nourricier, que dès lors la vérole doit son origine à des causes physiques qui existent dans le corps vivant. Cette dégénérescence étant donnée, et un ulcère malin, mais non syphilitique, étant posé comme expression de ce phénomène morbide, il n'hésite pas à dire qu'il pourra, par un certain contact, produire un ulcère semblable; si maintenant on ajoute à ce symptôme cette virulence fermentative que Musitano avait fait surgir tout à coup à la fin du quinzième siècle, on aura toute sa théorie de la maladie vénérienne. Aussi n'hésite-t-il pas à dire : « Tout cela étant tel que nous le supposons, comme il n'en faut pas douter, nous disons qu'au siège de Naples les femmes publiques ayant été chassées hors des lieux de débauche, et s'étant retirées dans le camp des Français, il est à croire que ces femmes avaient des ulcères malins aux parties génitales, et l'incontinence des soldats français les ayant portées à se joindre à elles, doit-on être surpris si presque tous les soldats contractèrent de semblables ulcères aux parties qui avaient souffert le contact?... etc. » Et il conclut de cela « que la vérole doit sa première origine à un ulcère malin produit de cause intérieure dans le vagin des femmes ou sous le prépuce des hommes, et non pas à une cause extérieure contagieuse. »

Pour expliquer cette malignité, il ajoute « que la sanie, le pus, la vapeur vérolique, ou quelque mauvais écoulement que ce soit provenant d'une femme infectée, et qui, s'attachant à l'épiderme d'un homme sain, infecte son prépuce, a acquis dans la vulve de cette femme gâtée toute sa malignité, toute son acrimonie; de sorte que, sortant de ce lieu infect, il a toutes les propriétés qu'il faut pour pénétrer l'épiderme d'un homme, et peut communiquer sa mauvaise qualité à l'esprit sensitif qu'il rencontre sur cette membrane déliée.... » Ne semble-t-il pas, en lisant ces lignes, que l'on étudie l'histoire de la syphilis dans les œuvres des arabistes, et ne croirait-on pas, reculant de trois siècles, parcourir les livres de Gordon et de Gui de Chauliac? Quand il a voulu expliquer la nature ulcérante de la vérole, Musitano est redevenu de son siècle, et il a attribué cette qualité à l'esprit vital, rendu acide par suite de l'effervescence qu'il subit. Cette hypothèse l'a d'ailleurs conduit à admettre un levain vérolique, qui est exactement la même chose que cette virulence fermentative dont il a été question plus haut, et qui devient la cause et l'agent de la contagion syphilitique. Ainsi, et pour résumer aussi succinctement que possible la théorie du médecin napolitain, il considérait la maladie vénérienne comme le résultat de l'attouchement d'une sanie âcre et corrosive, avec une virulence fermentative procédant de l'effervescence de l'esprit vital. Une seule chose peut ressortir utilement de ce chaos théorique, c'est que l'intelligence d'un virus spécial et distinct devenait chaque jour plus commune aux praticiens; et en effet, le poison de la syphilis était suffisamment pressenti et indiqué sous ces mots vagues de ferment, de levain, de virulence, etc.

Musitano s'est à peine occupé de la contagion; cependant il a signalé sur ce point l'influence de l'individualité, puisqu'il croyait qu'une constitution cacochyme était une disposition à contracter plus facilement la syphilis; il a indiqué aussi la possibilité, notée tant de fois, pour les femmes de donner du mal sans rien avoir; mais, chose étrange, il a admis cette circonstance tout exceptionnelle pour les hommes : « La même chose, dit-il, peut arriver à l'égard des hommes, et j'en ai connu un entre autres qui, après avoir eu affaire à une femme débauchée, se joignit aussitôt avec une autre femme mariée, qui avait été jusque-là fort saine et fort chaste, et qu'il sollicitait inutilement depuis longtemps à lui accorder la dernière faveur, à laquelle il communiqua la chaudepisse qu'il avait gagnée dans le premier congrès qu'il avait exercé avec la femme publique; en sorte qu'il se déchargea sur elle du virus qu'il avait contracté, et qu'il se trouva exempt de tout mal, pendant que je fus obligé de traiter en cachette la personne qu'il avait gâtée. » Il est inutile d'ajouter que ce fait pouvait avoir une tout autre explication.

Nous avons vu que le foie avait été longtemps considéré comme le siège de la syphilis; mais depuis que Pecquet avait découvert les vaisseaux lactés, la lymphe tendait à usurper le rôle qu'avait longtemps joué l'organe privilégié de Galien. Du temps de Musitano, c'était donc dans le phlegme qu'était surtout le siège de la syphilis; mais il repousse cette théorie, et il pose en principe que la vérole a un siège immédiat, « qui est l'esprit sensitif, caché sous l'épiderme le plus délicat, lequel étant empreint du caractère le plus actif des exhalations virulentes, dégénère de la bonne constitution et altère l'aliment le plus prochain des parties affectées; puis un siège médiat dans le suc nourricier, le sang, les parties spermatiques, les cartilages, les os. »

Le développement des symptômes correspondait nécessairement avec la division du siège. Ainsi, le virus attaquant les sucs nourriciers produisait la gonorrhée, les érosions, les ulcères, les bubons. Quand il passait dans le sang et dans les parties molles, il déterminait les douleurs ostéocopes, les tumeurs gommeuses, les ulcères profonds, les gangrènes, les ulceres de la langue, du gosier, des douleurs plus intenses; quand enfin il affectait les os, il donnait lieu aux caries, aux nécroses, etc.

Nous avons vu que Musitano avait rejeté l'opinion de la semence corrompue; aussi se garda-t-il d'en faire la base des écoulements vénériens, dont la matière était pour lui, non de la semence, mais le suc nourricier de la verge dégénéré en sanie. Conséquent avec sa doctrine, il considérait le terme de gonorrhée comme impropre, et aurait voulu le remplacer par la dénomination de *fluxus venereus saniosus*. L'histoire de la blennorrhagie, bien qu'incomplète encore, faisait ainsi d'un seul coup un pas immense; ajoutons que Musitano a parfaitement mis en relief l'incubation quand il dit: « Ce flux sanieux n'arrive pas immédiatement après un congrès impur, mais le plus souvent avant le quatrième jour, très souvent avant le septième, rarement avant le quarantième. Mais je ne l'ai jamais vu arriver après ce temps-là. » Ces appréciations qui paraissent aujourd'hui toutes simples sont, pour l'époque où nous les rencontrons, la preuve d un grand esprit pratique, et c'est d'ailleurs la première fois qu'il nous est donné de les signaler.

S'il parle du bubon, Musitano repousse de toutes ses forces cette antique théorie qui faisait de l'aine l'émonctoire du foie, et du bubon le résultat d'un mode particulier d'élimination. Il ne l'a pas considéré non plus, ainsi que les chémiatres, comme l'expression d'une crise heureuse, mais comme un symptôme, une manière d'être particulière de l'infection syphilitique. Il supposait que le levain vérolique pouvait se mêler d'emblée avec le sang, et s'arrêtant dans les glandes inguinales, s y coaguler et former un apostème : c'était ce qu'il appelait le bubon vrai, ce que l'on nomme aujourd'hui le bubon d'emblée. Il admettait ensuite que quand il existait des ulcères chancreux, la sanie qu'ils exhalent pouvait être absorbée par les fibres spermatiques, et de là portée aux aines, produisant alors ce qu'il appelait le bubon faux, et qui est de notre temps le bubon symptômatique. Cette théorie est loin d'être parfaite sans doute, mais entre elle et le systeme de Varandal par exemple, il y a un abyme.

Tous les points de la symptômatologie sont traités avec le même soin; ainsi Musitano s'occupe successivement de toutes les formes d'ulcères, qu'ils siègent, soit aux parties génitales, soit à la peau, soit a la bouche, soit à la gorge; mais le passage le plus remarquable de cette partie de l'ouvrage, et peut-être de tout l'ouvrage lui-même est le suivant : « Quand le suc nourricier n'a pas été entièrement purifié par des remèdes convenables, quoique la vérole paraisse entièrement guérie, il ne laisse pas d'arriver quelque temps après un petit ulcère dans le nez, qui ne cause d'abord qu'une douleur très légère, qui jette un peu de sanie, et qui se couvre d'une croûte sèche et noirâtre, laquelle étant fréquemment et très violemment touchée, ou arrachée de force, ou chassée par l'effort de l'émonction, cause un nouveau flux de sang, qui est suivi d'une croûte encore plus forte et plus endurcie; et si on la laisse trop longtemps, le sanie qu'elle retient ronge la chair qui est au dessous, et par là l'ulcere s'augmente considérablement. Si l'on tarde beaucoup à le traiter, il devient toujours plus malin, jusqu'à ce qu'il dégénère en ozène... »

Cette description, faite de main de maître, mérite une distinction toute spéciale, si l'on songe surtout que ces affections de la pituitaire, toujours si graves et si insidieuses, échappent souvent de nos

jours à l'appréciation des praticiens. Certainement cette page seule vaudrait à Musitano une place honorable parmi les syphilographes.

Il a décrit enfin les rhagades et les douleurs nocturnes causées par le virus ; il a parfaitement signalé les tumeurs gommeuses, et, arrivé enfin au dernier ordre des accidents syphilitiques, il disait, en parlant de la carie des os : « Il n'y a pas de symptôme par lequel le virus marque mieux son caractère.... »

Je le répète, toute cette partie de l'ouvrage de Musitano est faite avec un soin remarquable, avec une méthode que l'on ne trouve nulle part avant lui, et si le diagnostic manque de précision et de certitude, songeons qu'il fallait un siècle encore, pour que la science fût complète sur ce point.

C'est surtout quand il s'occupe du traitement que Musitano s'indigne et s'emporte contre les galénistes : il a repoussé la saignée, comme l'œuvre de bourreaux; il présentait le gaïac, la salsepareille, la squine, tous ces remèdes si précieux autrefois, comme des médicaments d'empiriques. Il a suivi d'ailleurs pour le traitement l'ordre qu'il s'était tracé pour la symptômatologie.

Il combattait la gonorrhée par les injections mercurielles précédées d'un régime adoucissant : il terminait par un traitement mercuriel interne. Quant aux bubons, il croyait qu'il fallait hâter la suppuration par tous les moyens possibles, et il proposait la cautérisation, moyen qui lui a été vivement reproché plus tard.

Il employait le mercure dans le traitement des pustules et des ulcères, l'administrant selon les indications, tantôt en topiques, tantôt en lotions, tantôt en pilules : il proposait les fumigations cinabrées pour les ulcérations de la pituitaire.

En général, Musitano s'est montré partisan sage et réservé de l'emploi du mercure dans le traitement de la vérole; ainsi il ne croyait pas d'une manière empirique à la nécessité de la salivation, et il savait employer même les sudorifiques qu'il avait décriés, et dont il composa une eau anti-vénérienne. Aussi son livre est-il certainement un modèle de pratique pour le temps où il était écrit, et il prouve combien était méritée la réputation que son auteur s'était faite dans le traitement des maladies vénériennes.

Cet ouvrage doit être enfin pour nous l'occasion de signaler un fait important dans l'histoire de la syphilis, c'était la tendance déjà manifeste à cette époque à reculer indéfiniment les limites de l'influence vénérienne sur la santé. Ainsi Th. Sydenham terminait l'énergique tableau qu'il a présenté de la syphilis par ces tristes paroles : « Le malade n'est plus qu'un cadavre vivant dont la vue fait horreur; ses membres tombent pièce à pièce, et c'est ainsi qu'il termine sa misérable vie. » Musitano avait suivi ces errements, et il a présenté une longue file des maladies que pouvait produire la vérole, l'épilepsie, l'asthme, la phthisie, la dysentérie, le marasme : il disait enfin qu'il n'y a point de maladies ni d'accidents extraordinaires qui ne puissent découler de cette source empoisonnée!... Le dix-septième siècle préparait ainsi les voies aux sombres imaginations de Sanchez et de Vigarous.....

Si maintenant nous cherchons à résumer l'époque que nous venons de parcourir, ce qui nous frappe d'abord, c'est que si la syphilis, en s'éloignant des temps épidémiques, avait perdu cette auréole d'exagération que lui avaient faite Grunbeck et les écrivains surnaturalistes, les dissertations dont elle était devenue l'objet, avaient perdu peu à peu le ton magistral et l'air de grandeur qui les caractérisaient. Si les doctrines humorales étaient devenues la source de nombreuses erreurs, ces erreurs étaient marquées au coin du génie; mais la théorie des acides se présente tout d'abord avec une apparence puérile que ne relèvent ni la hauteur des vues ni la richesse de la forme : c'est une invention stérile qui fut sans portée, sans résultats, et aussi sans durée. Ce que l'on doit remarquer ensuite, c'est la facilité avec laquelle les points spéciaux et particuliers de la pathologie se formulent sur les idées générales en médecine : presque tout le seizième siècle n'avait été au point de vue de la syphilographie que le reflet plus ou moins brillant des opinions de Galien; Varandal les continua dans le siècle suivant, et plus tard, quand Le Boë éleva l'édifice de la chémiatrie sur les ruines du galénisme, Nicolas de Blegny et G. Ucay ne furent, en parlant des maladies vénériennes, que l'écho des nouvelles doctrines. Mais de même

que Fernel s'était montré lui au milieu des dissertations humorales de son temps, au dix-septième siècle Musitano se fit remarquer par son originalité, par les idées qui lui étaient propres, et, allumant le flambeau de la pratique, il jeta sur la pathologie vénérienne une lumière qui devait conduire plus tard à la vérité.

S'il est impossible de rattacher la syphilographie au dix-septième siècle à des types remarquables comme il nous a été permis de le faire pour le siècle précédent, il faut constater cependant les bons résultats obtenus : ainsi la syphilis avait été réduite à de justes proportions ; la doctrine d'un virus distinct était pressentie et indiquée ; la thérapeutique s'était délivrée des entraves que lui imposaient les vieux préjugés ; enfin, et comme je le disais en commençant, la maladie vénérienne était devenue l'objet d'études spéciales qui préparaient dans l'avenir une large voie aux progrès que devait faire ce point important de la pathologie.

OBSERVATIONS.

AFFECTION TUBERCULEUSE DU VISAGE. — LUPUS.—LUPUS QUI DÉTRUIT EN SURFACE. — CAUTÉRISATIONS RÉPÉTÉES AVEC LA PATE DE CHLORURE DE ZINC. GUÉRISON.

Hôpital Saint-Louis. — G... (Antoinette), âgée de 29 ans, entra dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, le 12 mai 1842, pour y être traitée d'une affection tuberculeuse de la peau, qui occupait la moitié postérieure des deux joues, le menton, une partie du cou, et qui présentait les caractères du lupus qui détruit en surface, et sans ulcération.

Antoinette G..., à l'âge de 14 ans, fut affectée d'un gonflement des ganglions situés derrière les branches montantes de la mâchoire inférieure ; ces ganglions suppurèrent et la cicatrisation était à peu près complète, quand, deux ans après, il se développa autour des points qui avaient suppuré, des tubercules de la nature de ceux que l'on voyait sur les joues lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. Ici le lupus était évidemment lié, à son origine, à une constitution scrofuleuse, dont on pourrait douter si l'on ne connaissait les antécédents de la malade. Cette femme, en effet, paraissait jouir d'une excellente santé d'ailleurs. La peau est brune : l'embonpoint est médiocre ; les yeux sont noirs et vifs ; la chevelure est noire et abondante. Les parents d'Antoinette G... comptaient beaucoup sur l'époque à laquelle les jeunes filles sont ordinairement réglées ; mais ce moment passa sans apporter de changement dans sa constitution. Ce ne fut qu'à 21 ans, époque à laquelle elle se maria, que ses règles parurent, et non seulement il n'en résulta pas un changement favorable dans l'état de la malade, mais encore le travail organique nouveau semble avoir été l'occasion d'une aggravation réelle. Dès ce moment, en effet, le mal prit un développement des plus considérables ; les règles cependant continuèrent à venir régulièrement toutes les trois semaines et d'une manière abondante. A 23 ans, Antoinette G... accoucha d'une petite fille, qui, 2 ans après, fut atteinte d'un engorgement ganglionaire analogue à celui qui chez sa mère avait précédé le développement du lupus : aujourd'hui encore les ganglions sont en pleine suppuration.

La maladie a été combattue par un si grand nombre de moyens, que je ne saurais en faire l'énumération. La malade elle-même avait de la peine à se rappeler le plus souvent ce qu'elle avait fait. La plupart de ces moyens (remèdes de commères) n'avaient fait qu'aggraver le mal ; cependant on avait eu recours à l'iodure de potassium, qui, administré à l'intérieur, aurait pu produire des changements avantageux, mais qui fut employé seulement comme topique, sous forme de pommade, et n'agit que comme corps irritant. Bientôt le lupus fit des progrès nouveaux ; il en avait été de même de diverses préparations sulfureuses employées principalement aussi en applications topiques, etc.

Lors de son entrée à l'hôpital, Antoinette G... présenta l'état suivant. — Des tubercules nombreux, peu saillants, aplatis, d'un aspect terne, d'une couleur fauve, recouvraient les joues et le menton, depuis le sillon mento-labial jusqu'au cou, et même envahissaient une partie du cou lui-même. Quelques uns étaient surmontés d'une petite squame d'un blanc jaunâtre, qui laissait voir à sa suite une surface molle, plissée. Les joues offraient dans les intervalles qui séparaient les tubercules, quelques cicatrices

livides, et mal affermies. Les tubercules du menton, et surtout ceux de la face inférieure, étaient accompagnés d'une véritable hypertrophie de la peau, mais tous étaient superficiels : nulle part il n'y avait d'ulcérations. — Bien que plusieurs points naguère occupés par des tubercules, le fussent aujourd'hui par des cicatrices, la malade *n'avait jamais eu de plaies*. — L'éruption était bornée de tous côtés par une lisière formée par des tubercules groupés assez régulièrement, et présentant comme disposition, assez bien la forme d'une variété de la syphilide tuberculeuse; mais l'apparition du mal, dans le jeune âge, après la suppuration des ganglions lymphatiques, la forme, la nature des tubercules, leur aspect flétri, leur couleur fauve, leur peu de saillie, le gonflement indolent, mou, comme œdémateux, des points malades, ne pouvaient permettre un instant d'erreur. Il est inutile d'ajouter qu'Antoinette affirmait n'avoir jamais eu de maladie vénérienne; car on sait que ce renseignement, comme négatif, ne saurait malheureusement, dans le plus grand nombre des cas, avoir une grande valeur. La maladie d'Antoinette G... était un lupus : c'était cette forme décrite par Biett sous le nom de lupus qui détruit en surface : forme remarquable surtout par ce phénomène que l'on rencontre encore dans d'autres maladies, et principalement dans les maladies tuberculeuses, je veux parler de cette destruction de tissu, sans plaie, sans ulcération ; destruction attestée par des cicatrices indélébiles qui remplacent les tubercules ; phénomène dont on ne peut se rendre compte qu'en admettant une dégénérescence de tissu, et l'absorption lente du tissu dégénéré.

C'est précisément dans cette variété de lupus, que je me suis servi avec avantage de la cautérisation par la pâte de *chlorure de zinc*. Sous l'influence, en effet, de ce caustique doux, facile à manier, non seulement j'ai obtenu plusieurs fois des cicatrices, solides, par la destruction des tubercules ; mais j'ai déterminé par son application réitérée sur de petites surfaces, mais sur des surfaces voisines, un état subinflammatoire, une modification que je ne saurais qualifier, dans le tissu malade, et par suite de laquelle s'opère la résolution même des tubercules non cautérisés.

Un grand nombre de cautérisations furent donc pratiquées successivement avec la pâte de chlorure de zinc.— L'application en fut toujours très peu douloureuse. — Peu de jours après on constatait déjà une amélioration notable, mais d'autant plus marquée que la cautérisation avait été plus profonde. Cependant elle n'a jamais été assez profonde pour comprendre toute l'épaisseur d'un tubercule. Les points cautérisés se recouvraient de petites croûtes jaunâtres, qui laissaient voir à leur chute les tubercules amoindris : ceux-ci diminuèrent d'une manière lente, mais progressive, et finirent par disparaître, en laissant après eux une cicatrice blanche, peu étendue, superficielle, irrégulière, d'une apparence très solide.

Le traitement fut continué avec persévérance; après trois mois de séjour, Antoinette G... sortit complètement guérie, bien entendu avec des cicatrices nombreuses, mais ces cicatrices superficielles, unies, étaient loin de rien présenter de difforme.

AFFECTION TUBERCULEUSE DU VISAGE. SYPHILIDE. — BLENNORRHAGIES POUR SYMPTÔMES PRIMITIFS.— PAS DE TRAITEMENTS MERCURIELS. — BRULURE, CAUSE OCCASIONNELLE DE LA SYPHILIDE. — TRAITEMENT PAR LE PROTOIODURE DE MERCURE. — GUÉRISON.

Hôpital Saint-Louis. — G.... (Pierre), garçon de magasin, eut, il y a dix-sept ans, une blennorrhagie dont il ne put se débarrasser qu'au bout d'une année, et à laquelle en succéda une autre, qui ne fut guère moins opiniâtre, et dont la durée fut de neuf à dix mois. Dans l'intervalle de ces deux blennorrhagies, G.... avait vu plusieurs femmes suspectes, de sorte qu'il est impossible de savoir si la seconde était le résultat d'une contamination nouvelle, ou seulement la conséquence, le retour de la première. Du reste, il n'eut pas d'autres symptômes primitifs ; il fut traité dans un hôpital militaire : et sa blennorrhagie ne fut combattue que par des antiphlogistiques, des boissons émollientes, et plus tard le baume de copahu. Il ne fit aucun traitement spécial, il ne prit aucune préparation mercurielle.

Dans cette longue période de quinze à seize ans, G.... n'éprouva rien, absolument rien, ni à la peau, ni à la gorge, etc., qui ait fixé son attention. Sa santé ne fut troublée en aucune façon jusqu'à l'année dernière, époque où il lui survint *un petit abcès* (c'est son expression) à la partie inférieure du dos, à la région lombaire. *Ce petit abcès* suppura longtemps ; il se forma une grosse croûte ; quand celle-ci tomba, l'ulcération qu'elle avait recouverte était guérie. Le prétendu abcès, qui dura trois jours, et qui

a laissé une cicatrice arrondie, déprimée, était bien probablement une tumeur gommeuse.

Au mois de décembre 1842, une goutte d'acide sulfurique à 66° lui tomba sur la joue gauche. Une petite tumeur succéda à la brûlure ; à côté d'elle il s'en développa d'autres semblables qui bientôt couvrirent la joue entière.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 12 juillet 1842, G.... n'avait eu recours qu'à des cataplasmes et des lotions d'eau blanche. Le mal semblait s'aggraver sans cesse sous l'influence de ces applications ; il était d'ailleurs dans l'état suivant. Toute la joue gauche, depuis une ligne qui unissait l'angle externe de l'œil à la commissure gauche des lèvres, jusqu'à l'oreille et même une grande partie de l'oreille, étaient couvertes de tubercules durs, saillants, arrondis, d'un aspect luisant, d'une couleur rouge spéciale, se rapprochant parfaitement cette fois de la couleur cuivrée. Les tubercules étaient irrégulièrement groupés sur les surfaces malades ; quelques uns étaient ulcérés et recouverts de croûtes épaisses, noirâtres, adhérentes : un petit nombre dépouillés de leurs croûtes laissaient voir une ulcération grisâtre, profonde, à bords assez nettement découpés. Toute la surface malade d'ailleurs présentait, de la manière la plus évidente, cette teinte spéciale, qui est le caractère pathognomonique des affections de cette nature. C'était une syphilide tuberculeuse en groupes, ulcérée, survenue à l'occasion de la brûlure par l'acide sulfurique. Je soumis le malade à l'usage du protoiodure de mercure et d'une décoction de salsepareille ; on s'abstint de toute espèce de topique. G... prit le premier jour cinq centigrammes de protoiodure de mercure : la dose fut portée successivement à dix, puis à quinze centigrammes par jour. G.... ne ressentit aucune espèce d'incommodité. L'amélioration fut rapide. Le quinze août il ne restait plus que quelques croûtes sèches, à bords adhérents, et comme froncés de dedans en dehors, ce qui annonce toujours un travail de cicatrisation avancée de la surface recouverte. Les tubercules avaient entièrement disparu, en ne laissant d'autres traces qu'une cicatrice, assez exactement arrondie, peu déprimée, blanche dans quelques points, bleuâtre dans quelques autres. Le traitement fut continué quinze jours encore, et G.... sortit le 1er septembre parfaitement guéri.

Ces deux observations nous présentent la même forme, la forme tuberculeuse, occupant le même siège, se présentant à peu près de la même manière, comme disposition de l'éruption, mais traduisant deux maladies tout à fait différentes. Ce sont, dans les deux cas, de petites tumeurs formées par une hypertrophie de derme, avec une altération plus ou moins profonde du tissu. Mais d'un côté, les petites tumeurs, les tubercules, sont aplatis, peu saillants, ternes, d'une couleur fauve, leur surface est comme flasque, ridée ; ils sont accompagnés d'une espèce de bouffissure, d'un gonflement comme œdemateux ; de l'autre, les tubercules sont saillants, arrondis, brillants, d'une couleur cuivrée : la peau qui les entoure, d'une teinte particulière aussi, ne présente rien de cette hypertrophie mollasse qui accompagne les premiers.

D'un côté il y a destruction, absorption du tissu dégénéré, sans plaies, sans inflammation ulcérative. De l'autre, il y a formation de croûtes épaisses et d'ulcères caractéristiques. — D'un côté, des applications topiques, des caustiques, constituent le moyen de guérison. — De l'autre, le traitement local est au moins insuffisant. L'expérience m'a démontré en effet plusieurs fois qu'il eût été tout à fait contraire, s'il eût consisté dans des cautérisations. — La maladie spéciale guérit par l'administration à l'intérieur d'un traitement spécial aussi.

Si maintenant nous examinons ce que ces observations peuvent présenter isolément de plus remarquable, nous voyons dans le lupus une de ces variétés qui offre à l'observation un phénomène de physiologie pathologique tout à fait remarquable, je veux parler de cette destruction de tissu, sans plaie. — C'est aussi un cas curieux de l'heureux emploi de la pâte de chlorure de zinc, dans le traitement de certaines formes de lupus, traitement sur lequel je me propose de m'arrêter bientôt en détail.

Quant à la seconde observation, c'est encore un exemple de symptômes secondaires, survenus longtemps, quinze ans, après des blennorrhagies, sans l'existence préalable de chancres, sans maladie spéciale intermédiaire. C'est encore un exemple de symptômes primitifs traités sans mercure, suivis de syphilis consécutive, c'est encore un nouveau cas de la prompte efficacité du protoiodure de mercure. Enfin ce fait démontre d'une manière évidente et curieuse, l'influence nécessaire d'une cause occasionnelle, pour le développement des symptômes secondaires.

REVUE.

SUR L'EMPLOI DES LOTIONS DE SUBLIMÉ DANS LE TRAITEMENT DES VÉGÉTATIONS SYPHILITIQUES.

M. le docteur Boisseuil, de Bordeaux, a publié quelques observations sur l'emploi des lotions de sublimé dans le traitement des végétations syphilitiques : elles seraient, suivant lui, tellement efficaces, qu'il ne les aurait pas vues échouer une seule fois, bien qu'il les eût prescrites fréquemment. Voici la composition qu'il emploie :

S'il existe beaucoup d'inflammation autour des végétations, on a d'abord recours aux lotions émollientes froides, puis on prescrit la lotion suivante :

Deutochlorure de mercure,	5 décigrammes.
Laudanum de Sydenham,	10 grammes.
Eau distillée,	300 grammes.

Dissolvez pour une lotion.

Il suffit de mettre tremper la verge dans cette lotion trois ou quatre fois par jour pour voir bientôt noircir le sommet des végétations, puis elles se dessèchent et tombent atrophiées.

M. Boisseuil ajoute quelquefois à ce mélange une certaine quantité de laudanum ; il peut être utile, selon la sensibilité des muqueuses, d'étendre ou de concentrer cette solution. Il ne faut pas s'étonner de voir arriver de légères excoriations du gland pendant l'emploi de ce moyen ; il suffit alors de le suspendre et de le remplacer par quelques lotions émolientes pour que tout accident cesse aussitôt. On reprend ensuite les lotions dont il est indispensable de continuer l'usage encore quelques jours après que toutes les végétations ont disparu ; car elles n'ont pas seulement la propriété de détruire les végétations, elles possèdent encore celle de modifier la muqueuse de manière à en prévenir le retour.

M. Boisseuil termine son mémoire en rapportant quelques observations choisies parmi une quinzaine qu'il possède, et dans lesquelles les lotions de deutochlorure de mercure amenèrent une prompte disparition des végétations.

M. le docteur Potel, chirurgien-major de la marine de Brest, a recours aussi depuis longtemps aux lotions de sublimé contre les végétations du gland et même contre celles qui existent si fréquemment au pourtour de l'anus. Seulement il emploie le deutochlorure de mercure à des doses plus fortes que celles indiquées par M. le docteur Boisseuil, et il y a quelque différence dans le mode d'application. Voici du reste le traitement du docteur Potel :

Appliquer, trois fois le jour, sur la végétation un peu de charpie fine trempée dans la solution suivante : deutochlorure de mercure, 15 centigrammes, pour 30 grammes d'eau distillée, l'enlever après cinq minutes, et panser avec un peu de coton ou de charpie sèche. Le lendemain prolonger l'application pendant 8 à 10 minutes, si la cuisson n'est pas trop vive ; le troisième ou le quatrième jour, augmenter la dose de sublimé corrosif, en la portant rapidement à 3 et 4 décigrammes pour la même quantité d'eau distillée (30 grammes) ; on se borne alors à deux applications de 3 à 5 minutes. Il faut autant que possible ménager les parties saines. Les lotions fraîches seront employées s'il survient de l'irritation ou de légères excoriations au gland ; il faut même parfois suspendre momentanément l'usage des lotions de sublimé.

Ce traitement, qui ne dispense pas des préparations mercurielles à l'intérieur, lui a le plus souvent réussi ; mais il avoue que quand les excroissances sont développées, bien saillantes, il a souvent recours à l'excision, et quelques jours après les lotions de sublimé trouvent leur emploi.

Dans deux circonstances, il s'est servi d'une solution plus concentrée de sublimé, 1 gr. de sublimé corrosif ponr 30 grammes d'eau distillée (alcool, q. s. pour faciliter la solution de sublimé), et la guérison a paru plus prompte. L'application de la charpie trempée dans cette solution n'avait lieu que pendant une minute, deux fois par jour.

Quant aux végétations anales, si elles sont saillantes, il faut les couper, au moins en partie ; si elles sont plates, on procède de suite à l'application de la charpie trempée dans la solution de sublimé ; chaque application doit durer un quart d'heure à une demi-heure, matin et soir. On commence par la lotion : 15 centigrammes pour 30 grammes d'eau, et l'on augmente progressivement. Ici la dose peut être portée plus loin que pour le pénis. Si la peau s'enflamme, on suspend momentanément pour employer les lotions froides, et on diminue la durée de l'application. On doit toujours maintenir du linge sec, de la charpie ou du coton entre les fesses.

dans l'intervalle des cautérisations. Le traitement antisyphilitique est de rigueur. »

(*J. de méd. et chir. prat.* 1843, 2646 et 2675.)

Quelques observations sur l'efficacité de l'hydriodate ioduré de potasse dans les affections syphilitiques, par le docteur Taddei de Gravina.

Avant d'exposer les faits qu'il a eu l'occasion d'observer dans sa pratique sur l'usage de ce médicament, le médecin italien prévient qu'en raison de son énergie il a dû l'administrer avec une très grande circonspection et le suspendre chaque fois qu'il a remarqué trop d'intensité dans son action, ce qui, comme on le sait, se reconnaît à la salivation, à une mauvaise odeur dans la bouche, à de l'ardeur et à une forte constriction à la gorge, à de la cardialgie, à des douleurs de tête, des vertiges, de l'engorgement sanguin des conjonctives, à des éruptions cutanées, etc., etc.

Voici le résumé des quatre observations qu'il cite à l'appui de ses expériences.

Obs. I. — Un homme âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin, replet, offrait deux ulcères syphilitiques assez larges, l'un près de la couronne du gland, l'autre sur la face interne du prépuce. On lui prescrivit des bains locaux émollients, puis l'application du protochlorure de mercure sur les ulcères, et enfin on eut recours au nitrate d'argent, moyens qui, au lieu d'amener de l'amélioration, augmentèrent l'irritation locale et n'empêchèrent pas d'autres petits ulcères de se développer auprès des premiers. C'est alors qu'on administra à l'intérieur l'hydriodate ioduré de potasse à la dose de 10 grains dissous dans quatre onces d'eau distillée à prendre en quatre fois, pendant le cours de la journée, dans une forte décoction d'orge, afin d'éviter son action trop directe sur l'estomac. Au bout de cinq jours, alors que le malade n'avait encore pris que 50 grains du médicament, les petits ulcères tendaient déjà vers la cicatrisation, et les deux grands, qui avaient paru les premiers, cessaient de s'élargir et de se creuser; on n'observa du reste qu'une augmentation notable de la sécrétion des urines, qui, traitées par l'acide sulfurique, le chlorate de potasse et l'amidon, donnèrent des signes très évidents de la présence de l'iode. La médication fut continuée encore douze jours, au bout desquels les ulcères étaient complètement cicatrisés. Ce n'est qu'après avoir pris 150 grains d'hydriodate que le malade éprouva des douleurs dans les yeux, un peu d'affaiblissement dans la vue, une augmentation notable de la sécrétion salivaire, et de temps en temps un peu de constriction à la gorge. On diminua dès lors la dose du médicament dont le malade prit en tout 175 grains.

Obs. II. — Une jeune fille de 14 ans, d'un tempérament lymphatique, non encore réglée, offrait aux grandes lèvres, à la commissure de l'angle gauche de la bouche et sur le voile du palais des ulcères d'apparence syphilitique, ainsi que des douleurs nocturnes le long des diaphyses des os. Prescription : collutoire avec la décoction d'orge, cinq grains d'hydriodate ioduré de potasse à prendre en quatre fois dans le courant de la journée. Deux jours après, on donna 8 grains et on alla jusqu'à 10 pris de la même manière pendant douze jours; à partir de cette époque, on diminua peu à peu la dose du médicament. La malade en prit en tout 127 grains, et voici quelle fut, à dater de l'administration de l'hydriodate, la marche que suivit la maladie. Au bout de huit jours de traitement, les douleurs ostéocopes avaient disparu, le visage avait perdu sa teinte terreuse et acquis une coloration rosée; les ulcères avaient cessé de s'étendre et offraient une teinte rougeâtre, puis plus tard ils se cicatrisèrent complètement. On n'observa que quelques petites douleurs d'estomac et l'augmentation très notable des urines dans lesquelles on put encore découvrir la présence de l'iode.

Obs. III. — Cette observation a pour sujet un homme de 50 ans, d'un tempérament nerveux sanguin, ayant le teint cuivré. Il était atteint depuis plusieurs mois d'une ulcération large et profonde s'étendant depuis la base du pénis jusque sur presque toute la région antérieure du scrotum, et compliquée d'une blenorrhagie virulente. Prescription : cataplasmes de mauve sur l'ulcère, huit grains d'hydriodate ioduré de potasse en quatre doses par jour. Cinq jours après, la blennorrhagie avait diminué; on administra dix grains qui furent continués pendant huit autres jours, au bout desquels l'écoulement avait cessé et l'ulcère s'était rétréci et converti en une belle plaie simple, qui était cicatrisée six jours plus tard. La face perdit peu à peu sa teinte cuivrée. Le seul signe d'iodinie que l'on put remarquer fut un peu de salivation, et l'augmentation des urines. Le malade avait pris en dix-neuf jours 144 grains d'hydriodate ioduré de potasse.

Obs. IV. — La femme du malade qui fait le sujet de l'observation précédente avait contracté avec lui une blennorrhagie abondante et fut traitée de la même manière, c'est à dire par l'hydriodate qu'elle prit d'abord à la dose de 8 grains par jour pendant douze jours, après lesquels l'écoulement ayant cessé, on en suspendit l'usage. La malade n'en avait donc pris que 96 grains. Point d'iodinie.

Paris. — Imp. Félix Locquin, 16, r. N.-D. des Victoires.

1re ANNÉE. ——— 1er VOLUME. — N° 4. ——— NOVEMBRE. — 1843.

ANNALES
DES
MALADIES DE LA PEAU
ET
DE LA SYPHILIS.

PUBLIÉES

PAR ALPH. CAZENAVE,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES AFFECTIONS SQUAMEUSES DE LA PEAU. — PSORIASIS. — LÈPRE VULGAIRE.

(1e Article.)

Les affections squameuses de la peau, qui sont surtout représentées par le psoriasis et la lèpre vulgaire, constituent dans la pathologie cutanée un ordre tout à fait à part, tout à fait remarquable. Elles se présentent avec des caractères physiques constants, des mieux tranchés, et qui ne varient jamais que par la disposition de l'éruption elle-même. Ainsi ce sont des écailles, minces, sèches, friables, d'un blanc chatoyant, brillantes; ces écailles affectent toutes les formes, depuis les mieux dessinées jusqu'aux plus irrégulières; on les voit indifféremment sous l'apparence d'une plaque à contours inégaux, sans délimitation exacte, ou sous l'apparence du disque le plus nettement arrondi; elles commencent par un point à peine apercevable, pour envahir les surfaces les plus étendues, se bornant à une éruption farineuse dont une ou plusieurs parties du corps, sont comme parsemées légèrement, ou bien encaissant pour ainsi dire tout un membre dans une enveloppe dure, épaisse, sillonnée en tous sens, sous laquelle il est comme comprimé. Ici pas de transformation, pas de succession de phénomènes qui traduise un travail phlegmasique incessant; pas de tissu élémentaire qui disparaisse et se dénature pour être remplacé par un produit nouveau. L'éruption peut s'étendre, ses plaques peuvent s'élargir, elles peuvent prendre des formes diverses, mais ses caractères restent les mêmes; qu'elle dure quelques mois, plusieurs années, ce sont toujours des squames sèches, chatoyantes, etc., avec plus ou moins d'épaississement de la peau, squames qui tombent et se renouvellent sans cesse, et dont le remplacement, dans quelques cas, suit de si près la chute, qu'il trahit lui-même la nature de la maladie, c'est à dire une hypersécrétion dont les produits, sans cesse renouvelés, chassent incessamment ceux qui les précèdent. Et, en effet, il y a une grande différence à établir entre ces squames et celles qui sont le résultat accidentel d'un travail inflammatoire, comme on le voit dans la plupart des maladies aigües de la peau : l'épiderme, alors soulevé à la suite du travail phlegmasique, quels qu'aient été d'ailleurs les produits de ce travail, s'enlève, se détache pour mieux dire sous la forme d'une desquamation farineuse, ou d'une exfoliation lamelleuse, quelquefois même de petits débris à peine appréciables. Là, c'est l'épiderme, qui détaché accidentellement, tombe, pour être sécrété de nouveau dans son état normal. C'est ce que l'on voit surtout dans la forme exanthématique, dans l'érythème, l'érysipèle, la rougeole, et dans quelques formes vésiculeuses, etc. Ici,

ce n'est pas la même chose; ce n'est plus l'épiderme qui tombe, parce que la peau qu'il recouvrait est enflammée, c'est un autre mal, c'est un mal plus profond. Indépendamment de l'absence de toute espèce de symptôme qui traduise un état aigu, il est évident que ce sont les organes de la sécrétion elle-même qui sont le siège du mal; il y a lésion de sécrétion. L'épiderme altéré tombe, il est vrai, mais pour être remplacé par un produit analogue, par un épiderme vicié, altéré comme lui, et cela incessamment, indépendamment d'un état phlegmasique de la peau, et même, dans la plupart des cas, avec l'état d'intégrité le plus complet de la peau environnante. Il y a aussi une rougeur, une élévation comme papuleuse; mais ici la rougeur est le produit; c'est le résultat de l'exagération de sécrétion : elle est d'ailleurs peu intense. S'il y a inflammation, le siège en est dans l'appareil de sécrétion de la matière blennogène, et pas ailleurs.

Il est plus évident encore que les squames diffèrent essentiellement de ces produits squamoso-lamelleux des affections vésiculeuses, produits qui sont le résultat de la dessiccation d'un liquide séro-albumineux, et qui trahissent toujours leur origine par leurs caractères physiques. Ils sont mous, non cassants, d'un blanc jaunâtre, d'une consistance inégale, qui traduit le degré plus ou moins avancé de leur dessiccation. Ils recouvrent des surfaces plus ou moins humides. Enfin les squames proprement dites sont accompagnées de modifications dans la couleur des parties affectées, dont on se rend parfaitement compte quand on se rappelle les rapports intimes qui existent nécessairement entre la sécrétion de l'épiderme et l'appareil chromatogène. Ainsi, non seulement les squames elles-mêmes sont d'un blanc chatoyant, mais comme si la matière colorante n'avait pas accompagné le produit de sécrétion vicié, et s'était déposée plus abondamment dans le tissu voisin, les plaques squameuses laissent souvent des empreintes brunes, qui persistent longtemps encore après qu'elles ont disparu.

Ainsi, les affections squameuses de la peau traduisent une maladie de l'appareil sécréteur de la matière blennogène : c'est une lésion de sécrétion, dont la nature nous est encore inconnue, mais qui doit participer des conditions physiologiques de l'appareil qu'elle affecte. Ainsi, peu influencées par l'état général, elles ont aussi peu d'effet sur le reste de la santé. Expression au dehors de la modification de l'état anormal d'un appareil de sécrétion qui a peu de sympathies, elles sont à l'abri des impressions extérieures, et ne se développent que sous l'influence d'un état constitutionnel.

Les éruptions squameuses sont donc des maladies constitutionnelles, mais des maladies constitutionnelles de la peau. Ainsi il ne faudrait pas les confondre sous ce rapport avec d'autres formes, qui, elles aussi, ne sont que l'expression à la peau d'un état constitutionnel général, plus ou moins modifiable, comme l'impetigo par exemple, qui traduit toujours un tempérament lymphatique. Non, elles tiennent à une disposition innée ou acquise de la peau, à une modification profonde du système sécrétoire de l'appareil blennogène. Comme maladies constitutionelles, ce sont elles auxquelles on pourrait réserver le nom de dartres, mais en éloignant, bien entendu, l'idée d'un principe général, d'une cause particulière, tant soit peu spéciale, car au contraire elles sont essentiellement idiopathiques, sans que jamais une influence irritante locale puisse les développer, elles apparaissent souvent sans cause appréciable, quelquefois à la suite d'une perturbation, qui agit comme cause occasionnelle seulement; ou bien encore sous l'influence d'une cause générale profonde, qui agit activement sur la peau, et y développe accidentellement cette modification particulière de l'appareil sécréteur de l'épiderme.

Ainsi jamais on ne voit les topiques irritants, et qui donnent lieu à un eczéma, à un lichen, à un érythème, à un ecthyma, déterminer un psoriasis, ou la lèpre. Le plus souvent l'éruption squameuse se développe au milieu de la santé, décidée ou non par un écart de régime, ou par toute autre cause occasionnelle, de peu de valeur devant une maladie si grave. Ceci d'ailleurs est l'histoire des affections constitutionnelles en général; elles ont toujours besoin d'une cause déterminante: c'est ce que l'on conçoit facilement, et ce qui est très évident pour les formes secondaires de la syphilis. C'est ce que l'on voit aussi pour le psoriasis et la lèpre, quand elles sont congé-

niales, ou héréditaires, ce qui arrive le plus ordinairement. — Enfin il y a des cas beaucoup plus rares, mais fort curieux d'ailleurs, dans lesquels cette modification particulière de l'appareil sécréteur de la matière blennogène a été produite accidentellement par une maladie qui a modifié profondément la peau, à la suite de la variole par exemple; j'en ai observé plusieurs cas curieux.

Jean P..., né à Eglisol (Puy-de-Dôme), le 28 octobre 1813, scieur de long, est entré dans mon service, salle Henri IV, 96, le 6 septembre 1842, pour y être traité d'un psoriasis invétéré. Il n'a jamais vu dans son village une seule personne atteinte de maladie de la peau. Son père, homme fort et vigoureux, n'eut jamais d'autre affection qu'une pleurésie dont il mourut à l'âge de 67 ans. Sa mère est d'une santé délicate, elle est fréquemment tourmentée par des indispositions de toute nature. Les frères et les sœurs du malade se portent bien. Dès sa première enfance, P... avait souvent des coliques, le ventre toujours gros et relâché. Vers l'âge de 16 ans, il commence à abuser du vin et des femmes, son régime est très irrégulier. De 17 à 18 ans, il contracte deux blennorrhagies sans pouvoir déterminer si la seconde est une nouvelle infection ou la recrudescence de l'ancienne. Cependant il avait toujours les mêmes coliques, toujours de la diarrhée et de fréquents dérangements dans la digestion sans perte d'appétit. De 20 à 21 ans, il eut une variole grave qui dura 24 jours, et fut accompagnée de phénomènes cérébraux intenses. Les croûtes de cette variole venaient à peine de tomber, quand P.... vit apparaître au centre d'un grand nombre de cicatrices, de petits points rouges, durs, élevés, qui blanchirent bientôt et se recouvrirent à leur sommet d'une petite squame nacrée et peu épaisse. Bientôt ces écailles furent remplacées par d'autres, les élevures s'agrandirent irrégulièrement, se couvrirent de squames abondantes. Quand ces dernières tombaient, il était alors facile de voir d'énormes plaques d'un rouge brunâtre, proéminentes. Une démangeaison vive semblait ramper à la circonférence des plaques, elle était surtout plus intense dans les points où la maladie allait bientôt faire des progrès. Les plaques étaient surtout remarquables par leur développement au dos, aux lombes, aux genoux, aux coudes, aux avant-bras. Sur la poitrine, à la tête, la desquamation était moins abondante, les plaques étaient moins rouges. Dès cette époque P... eut un appétit plus fort, il mangeait plus de coliques, son ventre affaissé exerçait normalement ses fonctions. Cependant, en moins d'un mois, l'éruption squameuse avait envahi toutes les régions dont nous avons parlé plus haut; elle fit de nouveaux progrès, et bientôt toute l'enveloppe tégumentaire, à l'exception de la face et des mains, fut emprisonnée dans un étui de squames épaisses, dures, blanches, chatoyantes. — Admis alors à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon, il fut traité par les fumigations sulfureuses, la pommade de proto-iodure de mercure en frictions, des électuaires soufrés et des tisanes amères. Après avoir suivi ce traitement pendant deux mois, P..., fatigué d'en attendre les résultats et ne trouvant aucun changement dans son état, quitta Lyon, et se rendit immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis dans le service de Biett. On mit en usage la solution de Fowler; graduellement, on en porta la dose jusqu'à 16 gouttes par jour. Au bout d'un mois, on fut contraint de suspendre la solution; car l'éruption venait de prendre une acuité des plus vives, la desquamation s'effectuait rapidement et se renouvelait presque toutes les vingt-quatre heures. Toute la surface du corps était le siége d'une exhalation très grande de sérosité qui ramollissait les squames, les macérait en leur enlevant leur blancheur ordinairement chatoyante. Partout on voyait suinter de larges plaques d'un rouge vif; plus tard, elles se desséchaient, mais en restant toujours rouges. Cette acuité eut à peu près quinze jours de durée, elle fut heureusement combattue par des bains amidonnés prolongés, les émollients à l'intérieur et un régime ténu et léger. Peu de temps après, le malade reprit la solution de Fowler, qui cette fois eut une action rapide sur la maladie. En fort peu de jours les squames tombèrent, les plaques s'affaissèrent; les rougeurs diminuèrent, puis disparurent complètement. Entré à l'hôpital depuis 3 mois, P... paraît parfaitement guéri. Pour consolider cette guérison, Biett conserve encore le convalescent pendant 6 mois et demi dans son service; il prescrit des tisanes amères, administre de temps en temps des purgatifs. Après 8 mois et demi de séjour effectif à l'hôpital, la guérison semble solide et durable. P... sort de Saint-Louis.

Aussitôt après sa sortie, P... fait des excès de travail; il commet de fréquents écarts de régime, abuse encore du vin et des femmes; du reste il digère bien, il n'éprouve plus de coliques, toutes les fonctions s'exécutent bien, il sue toujours abondamment et n'éprouve jamais de démangeaisons. Cinq ans se passèrent ainsi sans que P... fût en rien tourmenté par son ancienne érup-

tion. — Au mois d'août 1842, pendant les plus fortes chaleurs de l'été, il éprouve des démangeaisons vives, il se plaint de transpirer beaucoup plus qu'à l'ordinaire, il voit pendant trois jours des papules d'urticaire se développer aux jambes, aux bras, sur la poitrine, au dos; elles apparaissent le matin aussitôt que le travail pénible de P... a provoqué la sueur; le soir, elles s'évanouissent quelques heures après le moment où il a commencé à prendre du repos; en même temps cessation des douleurs pongitives et lancinantes, et démangeaisons mordicantes qui accompagnaient les papules. Le quatrième et le cinquième jour l'urticaire persiste; bientôt aussi vers le centre des papules il se forme un petit point rouge, dur, élevé, qui se recouvre d'une squame blanche nacrée et mince. Peu à peu ces petits points s'étendent, le psoriasis reprend les différentes régions qu'il affectait autrefois; il envahit les mains, altère la matrice des ongles qui deviennent friables, fendillés suivant leur longueur et sont sécrétés par couches irrégulièrement superposées. L'éruption est générale le 6 septembre 1842. Alors P... se décide à rentrer à l'hôpital Saint-Louis, il est admis dans mon service. C'est un homme d'une taille moyenne, il a les cheveux chatain-clair, les yeux gris, les muscles bien groupés et la poitrine large; cependant il n'a jamais été très vigoureux; son intelligence paraît bien développée; il attribue le retour de sa maladie aux différents excès qu'il a commis. Les caractères de l'éruption sont manifestement ceux du psoriasis invétéré. Pendant trois semaines, je le mis à l'usage de la solution de Fowler. Quelques troubles survenus dans la digestion m'en firent suspendre l'administration. Pendant deux mois, je suspends tout traitement; le malade prend des tisanes amères, je le tiens avec soin à un régime légèrement tonique, de temps en temps je prescris un bain simple. — Administrée pendant 3 mois et portée successivement jusqu'à 1 gramme 1/2 par jour, la solution de Pearson, aidée par l'action de quelques bains de vapeur, ne paraissant avoir aucune prise favorable sur l'éruption, je suspends de nouveau toute médication pendant six semaines. — Alors les plaques occupaient les avant-bras, les coudes, les genoux, les jambes, les pieds et les mains, le dos et les lombes; on pouvait voir de larges surfaces désertées par l'éruption et devenues saines. — Successivement traité par le sirop de daphné mezereum, le gayac, les amers, P.... arrive jusqu'au 30 septembre 1843 sans avoir obtenu une bien grande amélioration; tout au plus les squames sont-elles moins dures, moins abondantes qu'au moment de l'entrée. Je me décide à avoir recours à la décoction de Zittmann. — Le 30 septembre, P.... prend d'heure en heure une des pilules suivantes jusqu'à 6.

℞ Jalap.	0,60	pour 6 pilules. (9 selles).
Gomme gutte. .	0,15	
Aloès.	1,00	

Le 1er octobre. — 1/2 ration d'aliments. Décoction de Zittmann. Séjour continuel au lit. 9 selles abondantes.

Pendant les cinq jours suivants, P.... a de huit à neuf selles.

Du 9 au 22, de cinq à huit selles par jour.

Du 22 au 26, jour où l'on suspend l'emploi du médicament, deux selles par jour.

Pendant toute la durée du traitement, P. n'a jamais sué, il n'a jamais éprouvé de chaleur à l'épigastre. Dès le 15 octobre, il était déjà facile de remarquer une grande amélioration dans l'état général du malade. La sécrétion squameuse était évidemment ralentie, les plaques étaient moins proéminentes; mais il y avait loin de là à une guérison. P.... n'a jamais cessé de bien digérer et d'avoir bon appétit pendant tout le temps qu'il prit la décoction de Zittmann.

L'amélioration a augmenté depuis trois semaines que P.... a cessé le traitement, et qu'il est simplement soumis à quelques boissons émollientes; mais il est évident qu'il n'est pas guéri.

Cette observation, curieuse sous plusieurs rapports, et qui offre un nouveau cas d'insuccès de la décoction de Zittmann (1), présente un exemple de cette modification particulière, de cet état constitutionnel acquis, survenu après une maladie qui a profondément altéré la peau, après une variole grave. Nous voyons aussi le retour de l'éruption, après cinq ans d'une guérison apparente, être précédé d'une éruption aiguë d'une autre nature, mais dont les papules, accompagnées d'un vif prurit, ont réveillé, pour ainsi dire, la maladie squameuse dans les points qu'elle avait précédemment occupés.

D'un autre côté, les éruptions squameuses ont presque toujours un caractère de généralité tout à fait remarquable. Ainsi, s'il est vrai qu'elles commencent par se montrer au niveau des articulations, que

(1) *Voyez* page 119.

pendant quelque temps elles restent bornées à ce siège, il ne l'est pas moins que, pour peu qu'elles se prolongent, on retrouve sur les points du corps les plus éloignés les uns des autres, partout enfin, des plaques plus ou moins larges, plus ou moins développées.

Enfin, les affections squameuses de la peau sont compatibles avec le meilleur état de santé; d'ailleurs, développées le plus souvent chez des individus jeunes, vigoureux, bien constitués, elles peuvent durer, elles durent souvent des années entières sans déterminer le moindre trouble général, et la peau elle-même ne présente dans les points qui ont été affectés, même plusieurs années de suite, que des empreintes brunes, qui persistent longtemps encore, il est vrai, mais sans destruction de tissu, et par conséquent sans cicatrices.

Avec toutes ces conditions, on comprendra aisément, non seulement combien il est difficile d'appliquer à ces maladies un traitement rationnel, mais encore combien il doit être fréquent de les voir récidiver. Heureusement l'expérience, et des essais thérapeutiques prudents et persévérants, ont fait connaître aujourd'hui un grand nombre de moyens à l'aide desquels on peut guérir les affections squameuses. C'est encore à Biett que l'on est redevable de la plupart d'entre eux. Mais il faut le dire, dans un grand nombre de cas, la guérison n'est que momentanée; et, ce que l'on comprend bien, d'après les considérations qui précèdent, quelquefois peu de temps après la disparition complète de l'éruption, d'autres fois au bout d'un assez grand nombre d'années, la maladie se reproduit, et presque toujours dans les conditions que je viens d'examiner. J'ai vu cependant des malades, et plusieurs, chez lesquels la guérison solide s'est maintenue. Enfin, dans beaucoup de cas aussi, précisément parce que l'on ne peut presque opposer aux éruptions squameuses qu'un traitement empirique, ce n'est qu'après en avoir épuisé deux, quatre, six et plus, qu'on en trouve un qui enfin parvient à en triompher.

Le 16 juin 1842, L....., âgé de 26 ans, né à Mestry (Calvados), journalier, entra dans mon service, salle Henri IV, 39, pour y être traité d'un *psoriasis diffusa*.

Grand, de taille mince et grêle, L... a les cheveux blonds, les yeux bleus, la peau fine et blanche; son père a été affecté de la goutte, ses autres parents sont sains.

De 4 à 5 ans, il eut un impetigo du cuir chevelu et de la face, qui disparut sans avoir été traité. Jusqu'à l'âge de douze ans il fut presque toujours malade. A 16 ans il abusait déjà du vin et des femmes, il allait atteindre sa 17e année, lorsque vers la nuque il se développa deux plaques arrondies, élevées, dures, recouvertes de squames blanches et larges à peu près comme un demi franc. On était alors en hiver, il ne fit aucune attention à sa légère éruption. Au printemps suivant la tête en était couverte: il se fit couper les cheveux, fit inutilement des frictions sulfureuses pendant fort longtemps. A dix-huit ans, pendant 6 mois il abandonna tout traitement; alors la tête est recouverte d'écailles épaisses, il y a des plaques écailleuses aux aisselles, aux bras, aux coudes (tisane amère, purgatifs, pastilles sulfureuses, frictions et lotions sulfureuses). Ce traitement continué pendant tout l'été n'amène aucun résultat. De 19 à 20 ans, L..... voit disparaître spontanément son éruption, il s'en croit débarrassé et commet des excès en tout genre. De 20 à 21 ans, quelques petites plaques disséminées se montrent sur plusieurs régions; le malade n'y fait aucune attention, il continue son même genre de vie. Au mois de décembre 1837, la maladie n'avait pas fait de progrès; mais, en un mois, une recrudescence des plus aiguës, avec suintement abondant, desquamations copieuses et formation en quelques points de croûtes noirâtres, avait envahi toute la peau, à l'exception des mains et de la face. En février et mars 1838, l'acuité se modère graduellement, les squames reprennent leur teinte chatoyante, les plaques s'affaissent et disparaissent en beaucoup de points sans laisser la moindre trace de rougeur; peu après, le mal parut rester stationnaire. L... avait repris un genre de vie plus calme, il redoutait cette affection dont l'acuité avait été périlleuse et accompagnée d'insomnies et de douleurs vives. Il insiste sur un traitement, il prend du jus d'herbes, des purgatifs, des frictions mercurielles, 20 pilules de Belloste; mais en même temps qu'il éprouve un ptyalisme intense, il est superpurgé; il a de fréquentes céphalalgies, de violents étourdissements. Nonobstant la salivation et le dérangement du ventre, le malade continue l'usage des pilules. Sous le coup de ces différents agents thérapeutiques, le psoriasis ayant disparu de manière à ne laisser presque aucune trace de son existence antérieure, L... suspend toute médica-

tion. Cependant son pays est humide, Mestry est entouré de marais; il redoute l'influence qui, pour ses compatriotes, est la cause de fièvres intermittentes nombreuses; il la soupçonne d'entretenir sa maladie. Pour s'en mettre à l'abri, il suit un régime tonique avec circonspection; il se rend souvent à deux lieues de son village, sur les bords de la mer, pour y prendre des bains dans l'action tonique et efficace desquels il a une grande confiance.

Toutefois, au printemps suivant, la maladie menaça de se montrer de nouveau; en différentes régions il se développa quelques plaques, mais elles durent bientôt disparaître par l'emploi de frictions mercurielles. A différentes reprises, des éruptions successives furent combattues avec le même succès par l'emploi de frictions. Du reste, L..... ne se plaignait d'aucune autre indisposition; les principales fonctions s'exécutaient bien. Pendant l'hiver de 1839, il se montre encore des plaques, cette fois elles ont un développement rapide, elles résistent aux frictions mercurielles. En janvier 1840, il entre à l'hôpital du Havre, il prend de la tisane de patience et quelques bains simples; il sort à la fin de mars, sans constater le moindre changement dans la forme, dans l'étendue et dans l'intensité de sa maladie. Il vient à Paris, se présente à Saint-Louis; le psoriasis venait de reprendre de l'acuité, les plaques en beaucoup de points étaient d'un rouge vif; elles étaient le siège d'un suintement abondant. Il prend des tisanes amères et successivement des bains gélatineux, sulfureux, alcalins. Au bout de trois mois, la violence de l'éruption paraît se calmer. L... prend de la limonade sulfurique, il suce 2 citrons par jour; en même temps on lui prescrit à certains intervalles des bains de vapeur. Le 5 août, il est à peu près guéri de son psoriasis, mais il a le ventre gros, il se plaint d'éprouver de la lenteur dans les digestions, il lui reste quelques plaques peu étendues dans différents points du corps. Un mois après, il a de la fièvre, de violentes coliques, de la diarrhée, des étourdissements, des maux de tête, de la faiblesse dans les jambes; il entre à l'Hôtel-Dieu et n'obtient la convalescence qu'après deux mois de séjour. Pendant tout le cours de cette affection, les quelques plaques de psoriasis qui avaient persisté ne subirent aucune modification. Au printemps suivant, l'éruption redevint encore une fois générale. Le 16 juin 1841, L... se présente de nouveau à Saint-Louis; on le traite par la limonade sulfurique à l'intérieur; les frictions d'axonge, les bains gélatineux semblèrent, au bout de six semaines avoir triomphé de l'éruption; pour consolider cette apparente guérison, on prescrivit la solution de Fowler, mais après quinze jours de son emploi, la maladie était redevenue générale : on supprima la solution. Successivement les frictions de pommade d'oxyde de zinc, d'axonge, de pommade sulfureuse, de chaux vive et d'oxyde de zinc aa, de goudron; les bains simples et les bains gélatineux furent administrés jusqu'en janvier 1842. Le 17 de ce mois, L... portait encore aux coudes, aux bras et aux jambes, des plaques très étendues. Le 18 juin de la même année, il entra dans mon service ayant sur presque toute la surface du corps des squames épaisses, dures, blanches, tombant souvent et laissant chaque nuit dans le lit d'abondants débris; la peau était dure, inégalement gonflée; les larges plaques qui existaient aux genoux et aux coudes avaient, après la chute des écailles épidermiques, une teinte rouge; en même temps on y remarquait de nombreux plis accidentels et divergents par rapport à la direction de ceux qui sont normalement situés dans ces régions. J'employai pendant trois mois une décoction de gaïac, avec addition de daphne mezereum et les bains de vapeur. La sécrétion des squames semblait tarie, la peau avait repris sa couleur, sa souplesse et son épaisseur normales. Cependant la persistance de quelques petits points durs, élevés, rouges, surmontés d'un petit disque squameux, indiquait assez que ce silence de la maladie était encore une fois insidieux. Je changeai de traitement, et l'emploi longtemps continué des pilules asiatiques semblait avoir agi si heureusement qu'à la fin de février 1843 j'allais me décider à renvoyer L .. comme bien guéri, lorsque soudain il se fit, avec une rapidité vraiment insolite, une nouvelle éruption aiguë, vive, générale, accompagnée de fièvre, d'inappétence, de maux de tête et d'insomnie. Graduellement ces symptômes perdirent en un mois tous les caractères de l'acuité, ils disparurent laissant l'enveloppe tégumentaire toute couverte de squames. En avril, je soumis pendant vingt jours L... à la décoction de Zittmann; le traitement ne procura ni selles, ni sueurs, il n'apporta aucune modification aux caractères du psoriasis. Quelque temps après, je revins à l'usage des bains de vapeur, et je prescrivis le mélange suivant:

℞ : Sous-carbonate d'ammoniaque. 15,00
Sirop de daphne mezereum. 125,00 }
Sirop de salsepareille. 250,00
M —

Une cuillerée à bouche par jour, puis en augmentant graduellement 6 par jour. En septembre, je

n'avais pas encore triomphé de la tenacité rebelle de cette affection. Cependant L..., homme d'une intelligence remarquable, a depuis longtemps une conduite régulière; pendant tout le court espace de temps qu'il lui fut permis de passer en dehors des hôpitaux, sa vie fut simple, exempte d'excès, il n'a jamais eu de maladie vénérienne; bien que d'une constitution faible, il paraît du reste jouir d'une bonne santé; d'un tempérament éminemment lymphatique, il n'a cependant aucun engorgement des ganglions apparents. Il veut à tout prix se débarrasser d'une maladie qui porte sur son caractère une empreinte profondément mélancolique et lui rend difficiles les rapports ordinaires de la vie. Le 21 septembre, je résolus de recourir de nouveau à la décoction de Zittmann, en obligeant le malade à rester tout à fait au lit pendant les 25 jours, précaution que je n'avais pas prise la première fois; d'heure en heure, jusqu'à 6, il prit une des pilules suivantes :

℞ : Jalap.	0,60	Pour 6 pilules, 5 selles.
Gomme gutte.	0,15	
Aloès.	1,00	

1er octobre, 3/4 d'aliments, décoction de Zittmann; continué pendant 25 jours, le médicament procura de 5 à 6 selles par jour et ne provoqua jamais de sueurs. Jamais pendant son emploi il n'y eut de maux de tête, de douleurs d'estomac, de coliques; l'appétit n'a jamais cessé d'être vif, et les grandes fonctions de s'exécuter normalement. L'éruption n'a été en rien modifiée, toujours il y a sur les genoux, les jambes, les coudes, les avant-bras et la poitrine, de larges plaques proéminentes, rouges, écailleuses; toujours disséminées sur différents points de la surface du corps, de petites élevures, dures, rouges, circonscrites, sécrètent des disques épidermiques d'une grande minceur et d'un blanc chatoyant; toujours cette sécrétion est prompte à se renouveler.

Assurément cette observation remarquable aussi sous plusieurs rapports, présente un des exemples les plus curieux de la tenacité des affections squameuses. Le psoriasis dont L.... est atteint dure depuis 10 ans, et pendant ce long intervalle, il a été combattu par vingt-cinq ou vingt-six traitements : et parmi ces traitements, il faut en signaler plusieurs fort énergiques; ainsi il a pris le gaïac, le daphné mézéréum, les pilules asiatiques, la solution de Pearson, le sous-carbonate d'ammoniaque, deux fois la décoction de Zittmann; on a employé les pommades de toute sorte, toutes les espèces de bains, et malgré tout, au bout de dix ans, après avoir plusieurs fois, et surtout une fois, paru complètement guérie, la maladie existe encore.

Je m'occuperai successivement dans les prochains articles, de l'application de ces données générales au psoriasis et à la lèpre vulgaire, et de l'examen des divers et nombreux traitements qui ont été proposés pour les combattre.

DE LA BLENNORRHAGIE SYPHILITIQUE.

(Suite et fin.)

Adhuc sub judice lis est.

J'ai essayé d'établir que l'inoculation était impuissante à démontrer la nature non syphilitique de la blennorrhagie; si maintenant je cherche la vérité en dehors des voies expérimentales, si je la demande à l'observation pratique, je rencontre deux ordres de faits qui peuvent servir à démontrer l'existence de la blennorrhagie syphilitique : ce sont les symptômes primitifs et les symptômes secondaires. C'est donc en nous plaçant au double point de vue de ces accidents, également spécifiques, que nous pourrons espérer une solution à ce problème qui a fatigué vainement l'argumentation des syphilographes.

Il semblerait au premier abord que la simple observation des faits de contagion syphilitique dût suffire pour arriver à cette solution si difficile, si embarrassée : ainsi, qu'un individu atteint d'un chancre donne simplement une blennorrhagie, que d'un autre côté une personne affectée d'un écoulement communique une ulcération chancreuse, n'est-il pas naturel de conclure de ces faits bien observés que, dans l'un comme dans l'autre cas, les symptômes sont l'expression identique d'une même maladie, le résultat d'un même empoisonnement? Depuis bientôt quatre siècles que des esprits éminents s'occupent de syphilographie, il n'était venu à l'idée de personne de mettre en doute cette identité, et il était réservé aux syphilographes modernes de bâtir sur des opinions qu'ils ont appelées nouvelles un système contre lequel protestaient trois cents ans d'expérience et de pratique. On ne pouvait pas nier que le chancre pût produire la blennorrhagie : les faits parlaient tellement haut, que la néga-

tion pure et simple serait tombée d'elle-même devant l'évidence; mais alors on a essayé d'amoindrir la valeur de ces phénomènes, en les expliquant par des hypothèses dont nous allons examiner la portée. On a dit que la matière chancreuse mise en contact avec l'urèthre pouvait agir de deux manières : ou comme simple irritant, et alors elle détermine une espèce de *coryza* qui ne présente aucun caractère spécifique; ou comme agent spécial, et dans ce cas elle produit plus ou moins profondément un chancre larvé qui se traduit au dehors par une blennorrhagie devenue syphilitique.

Cette double supposition était indispensable pour prévenir tous les démentis que l'observation devait donner à ce système d'interprétation. Si, en effet, il était résulté bien évidemment une blennorrhagie du contact de la matière chancreuse, si d'ailleurs rien n'appelait ni ne justifiait la supposition d'un ulcère larvé, on a posé en principe que ce contact spécial avait une influence simplement irritante, semblable à celle qui résulterait de l'introduction d'un corps étranger ou d'un liquide dans le canal de l'urèthre. Dans cette première hypothèse, ce qui frappe d'abord, c'est qu'une *matière virulente*, mise en rapport avec nos tissus, puisse avoir une action capable de les irriter au point de déterminer un écoulement plus ou moins abondant, mais qu'elle agisse ainsi à la condition de perdre son caractère distinctif, c'est à dire sa virulence. Jusqu'à présent les praticiens avaient admis que le virus syphilitique pouvait n'avoir pas de prise sur certains individus, qu'il pouvait rester sans effet sous l'influence de conditions inappréciables; mais il était réservé à l'école moderne d'imaginer que ce même virus pouvait agir d'une manière énergique, mais sans que cette action fût virulente, et déterminer des accidents locaux tout aussi graves que s'il leur imprimait sa nature syphilitique. Ce qu'il y a d'étrange dans cette doctrine, c'est qu'elle est soutenue par ceux là surtout qui devaient la considérer comme incompatible avec leurs opinions générales en matière de syphilis. Depuis des siècles on avait pensé que l'infection vénérienne avait surtout pour effet de déterminer l'ulcération; mais Hernandez et M. Ricord après lui, ont érigé cette opinion en axiôme, et lui ont donné une valeur essentielle et exclusive. Supposons cette opinion vraie, n'en résulte-t-il pas que le virus chancreux, le seul qui soit syphilitique, ne pourra, ne devra jamais produire que l'ulcération? S'il pouvait déterminer dans les organes malades une irritation simple, cette irritation ne serait jamais primitive et *univoque*, et elle se présenterait tout au plus comme la conséquence et la complication de l'ulcère syphilitique : mais prétendre, comme on l'a fait, que le pus virulent que sécrète le chancre pouvait donner lieu d'emblée à des écoulements blennorrhoïdes simples, c'était renverser d'un seul coup tout ce que l'expérience avait appris sur la nature et sur le mode d'action des maladies virulentes. Hernandez, qui fut le plus rude champion de la non identité, n'avait jamais pensé à étayer son opinion sur cette fragile hypothèse, et, frappé des caractères spéciaux de la blennorrhagie, il en avait fait une maladie à part, mais une maladie virulente, contagieuse et modifiant l'économie tout entière. M. Ricord a mieux aimé faire de la blennorrhagie, même produite par le chancre, une affection catarrhale simple; bien que cette simplicité pût paraître au moins étrange, appliquée à un symptôme constamment et indéfiniment contagieux, accusant une infection générale par les accidents secondaires dont il est suivi et agissant par empoisonnement, comme le prouve l'incubation. Cette théorie était, je le répète, incompatible avec l'opinion qui faisait de l'ulcération le résultat nécessaire et constant du contact de la matière syphilitique, si l'on songe surtout que, suivant M. Ricord lui-même, citant Swediaur à l'appui de son dire, cette matière agit au moindre degré d'irritation, qu'enfin la production spécifique est indépendante de l'intensité du virus. Si l'on s'en tient à la lettre de cette doctrine, le virus ne peut, ne doit jamais que produire l'ulcération; il ne déterminera jamais d'affection catarrhale simple! Mais comment expliquera-t-on la nature de ces catarrhes qui ont le singulier privilège de se reproduire indéfiniment avec des circonstances de contagion, d'incubation et de développement parfaitement identiques? Pour ceux qui, comme nous, ne voient là qu'une succession naturelle de faits du même ordre, cette nature trouve une explication toute simple; elle n'a rien qui étonne : mais en peut-il être de même pour les adversaires de l'identité? Evidemment non. On aura beau retourner les faits, les arranger au gré d'in-

terprétations hypothétiques, on ne pourra pas faire qu'une affection essentiellement et indéfiniment contagieuse, regardée par tous les auteurs comme agissant sur l'économie tout entière par voie d'empoisonnement, puisse être toujours considérée comme un symptôme catarrhal simple, encore moins qu'elle soit en principe le résultat du contact d'une matière virulente et spécifique. L'intervention d'une influence irritante a été imaginée, comme nous l'avons déjà dit du chancre larvé, pour expliquer des faits embarrassants. Si cette influence était suffisante, en effet, pour donner une blennorrhagie virulente, on verrait ce symptôme succéder à tous les contacts où l'irritation joue un rôle plus ou moins marquée. On a vu, et j'en appelle sur ce point aux observateurs consciencieux, on a vu des hommes cohabiter avec de malheureuses créatures rongées par des cancers affreux, et dont les parties génitales étaient baignées d'une sanie abondante et fétide, et cependant il n'est résulté de ces rapprochements rien qui ressemblât même à une affection catarrhale simple! Ne serait-il donc donné qu'au pus chancreux de produire régulièrement cette irritation qui préside au développement des écoulements blennorrhagiques? Il faudrait avouer que ce serait là un singulier privilège, et on devrait en tirer des conséquences bien peu favorables aux théories de la non identité.

En résumé, l'hypothèse de l'irritation simple semble être comme bien d'autres points de ces théories, un argument préalable posé pour faire face à des objections qui sans cela auraient été trop gênantes. Mais même en admettant ce principe commode, on n'était pas délivré des embarras que suscitait obstinément la pratique : ainsi, ces blennorrhagies catarrhales pouvaient emprunter un peu de sa virulence à la source dont elles étaient sorties; elles pouvaient produire non seulement des blennorrhagies identiques, mais quelquefois même des chancres. Le cas était grave : on n'en était pas encore venu à imaginer des chancres non syphilitiques, produits aussi par l'irritation simple; mais l'on a répondu à ces faits par la fameuse hypothèse du chancre larvé.

J'ai déjà eu occasion de répondre plusieurs fois à cette fin de non recevoir, basée sur un fait exceptionnel, et qui est aujourd'hui le fondement de la doctrine de M. Ricord; nous l'avons vue s'armer des preuves empruntées à l'inoculation, nous la retrouvons aujourd'hui sur le terrain de la pratique : son rôle n'est pas changé. On commence par poser en principe que la blennorrhagie n'est pas syphilitique, mais il existe des faits authentiques, qui prouvent qu'un écoulement que l'on assimile au coryza a pu déterminer une ulcération chancreuse : qu'importent ces faits! On répond qu'il existait dans la profondeur des organes génitaux, source de l'infection, des chancres mystérieux, que l'on n'a pas vus, et qu'il faut leur attribuer la production du symptôme proclamé univoque. Si nous demandons à quoi l'on reconnait l'existence de ces chancres larvés, on répond qu'ils sont inappréciables dans la plupart des cas! Si nous insistons, si nous voulons savoir pourquoi on suppose ces ulcérations invisibles, mais spécifiques, on dit que c'est parce que la blennorrhagie a produit un chancre. M. Baumès avait parfaitement raison de dire que, « c'était mettre en principe ce qui était en question, que c'était une hypothèse dépourvue, de rigoureux fondements. » Cette opinion a d'autant plus de poids, qu'elle vient d'un auteur qui a adopté sur plusieurs points les doctrines de M. Ricord. En effet, et comme le disent très bien les partisans quand même de la non identité, le chancre larvé ne se traduit au dehors par aucun phénomène appréciable; il constitue, comme le démontre l'observation, une exception très restreinte, relativement au nombre des faits qui démontrent pratiquement la production du chancre par la blennorrhagie, et dès lors ce n'est plus qu'un argument sans valeur qui échappe à l'analyse, comme il ne peut pas résister à une discussion sérieuse.

Les auteurs qui prétendent que la blennorrhagie n'est pas syphilitique affirment qu'il n'existe pas un fait bien constaté de chancres gagnés au contact de la matière blennorrhagique. Cette proposition serait péremptoire, si elle n'était pas singulièrement amoindrie déjà par les exceptions que l'on a admises sous le couvert du chancre larvé. Mais quelle confiance peut-on avoir dans une opinion qui est prête à répondre aux faits les plus concluants, par la supposition gratuite et indéfinie du chancre larvé, qui s'est retranchée ainsi, derrière l'impossibilité de la preuve! Peut-on être admis à formuler des doctrines aussi tran-

chées quand on les étaie sur des hypothèses qui froissent toutes les idées pratiques! et cependant toute commode, toute triomphante que soit cette manière d'argumenter, n'est-elle pas soumise par quelque endroit à l'omnipotence des faits? Je ne parlerai pas de la blennorrhagie chez l'homme, car sur ce point la théorie du chancre larvé est complètement inattaquable, et comme la science n'est pas armée de moyens d'investigation suffisante, comme on n'a pas pris la peine de dire à quels signes on pouvait reconnaître l'existence même probable des ulcérations spécifiques de l'urèthre, il faut demander à la pratique des faits plus simples, plus clairs, plus faciles à constater. Ainsi, il arrive souvent qu'un malade vient présenter un chancre qu'il a gagné avec une femme n'ayant rien, ne demandant pas mieux que d'être visitée. La source de l'infection est positivement connue; on soumet la femme à une investigation minutieuse; on ne trouve aucune trace d'ulcération; mais on signale au contraire un écoulement plus ou moins abondant de matière blennorrhagique. Tous les praticiens ont pu être appelés à constater des faits de ce genre, et pour ma part j'en ai observé un assez grand nombre : ils sont assez significatifs. Je sais bien que l'on ne manquera pas de dire que les organes ont été mal examinés; cette objection sera bonne une fois, mais de quel droit l'appliquera-t-on à tous les cas qui contrediraient un système préconçu? Il le faudra bien pourtant, puisque telle est la conséquence de ce système, qu'il mène à la négation de tout ce qu'avaient enseigné l'expérience et la pratique. Ainsi nous retrouvons à chaque pas la même manière de procéder : chaque point douteux ou embarrassant est soumis à une règle préalable qui fait d'avance justice de toute contradiction. Usez de précautions infinies dans l'examen de cette femme malade qui se soumet à votre visite, n'établissez votre diagnostic qu'après une investigation parfaite, et osez conclure qu'une simple blennorrhagie a donné un chancre.... On vous répondra : Cela est impossible, il y avait quelque part un petit ulcère que vous n'avez pas vu, à moins qu'il ne fût guéri au moment de l'examen.... Mais si, défiant dans vos lumières, vous appelez les maîtres de l'art à l'appréciation de ces faits douteux; si, pas plus que vous, ils ne découvrent d'ulcération caractéristique.... pensez-vous qu'ils vont conclure à la possibilité de l'identité....? Ils diront : Nous ne voyons pas de chancre, mais il doit y en avoir! Ou bien ils supposeront qu'il a pu exister au moment du contact de ces petites ulcérations éphémères, que la malade aura laissées passer inaperçues et qui se seront guéries d'elles-mêmes. N'est-ce pas pousser à l'extrême la faculté de l'interprétation et faire de la logique un singulier abus? Mais n'est-ce pas aussi s'exposer à mettre en avant des objections auxquelles il n'est pas permis de s'arrêter?

Du reste, il ressort des points de doctrine que je viens d'examiner un fait très constant, c'est que, d'une part, le chancre peut produire la blennorrhagie, que réciproquement la blennorrhagie peut donner lieu à la formation du chancre. Personne ne songe à nier ce fait; seulement, les syphilographes diffèrent sur l'explication à lui donner et surtout sur les conséquences à en déduire. Nous pensons que cette filiation est toute naturelle et qu'elle est le résultat de la même action virulente, l'expression multiple d'un seul empoisonnement et nous en tirons la preuve de l'identité. Nos adversaires expliquent la première circonstance par l'irritation, la seconde par le chancre larvé, et ils concluent à l'unité chancreuse de la syphilis : de quel côté est la vérité? c'est un point sur lequel je veux appeler de toutes mes forces le jugement des praticiens.

Il n'est pas sans intérêt d'examiner ici comment s'est établie l'opinion de la nature simple des écoulements blennorrhagiques. De tout temps les praticiens ont été préoccupés de faits qui semblaient démontrer que ce que l'on appelait autrefois gonorrhée, pouvait être déterminé par des causes non spécifiques, par des excès de bière, par l'équitation, et surtout par le contact des liquides menstruels : aussi a-t-on, à toutes les époques de l'histoire de la syphilis, établi une distinction entre la gonorrhée vénérienne ou virulente et la gonorrhée simple. C'est dans ces faits, mal appréciés, je crois, qu'il faut chercher les éléments et de la théorie du double virus, et de la doctrine de M. Ricord. Il existe, en matière d'infection syphilitique, une circonstance importante, quoique méconnue, et sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention des médecins (1);

(1) *Traité des Syphilides.* Introduction.

c'est que chez l'individu atteint une fois d'une véritable blennorrhagie, l'urèthre conserve pendant un temps variable une susceptibilité particulière, qui le rend, sous l'influence de causes non spécifiques, apte à devenir le siège d'écoulements nouveaux ; cette susceptibilité, variable selon les individus, peut augmenter en raison du nombre des blennorrhagies syphilitiques, entées les unes sur les autres : et il en résulte des faits qui ont pu jusqu'à un certain point faire croire à l'existence de blennorrhagies simples plus fréquentes que les blennorrhagies syphilitiques. Ainsi on a pris souvent pour des blennorrhagies nouvelles, (on a pu même en inoculer le mucus) ces écoulements dont on a fait des catarrhes, et qu'on n'a pas manqué d'opposer aux blennorrhagies syphilitiques, alors qu'ils n'étaient que la réapparition à l'état aigu de cette disposition particulière de l'urèthre, provoquée d'ailleurs par un excès de boisson, par un excès de coït, etc. On trouve la preuve de cette vérité dans une circonstance toute pratique, qui est de notoriété vulgaire ; je veux parler de ces blennorrhagies éternelles qui, sous l'influence d'une vie mal réglée, ou d'une constitution exceptionnelle, disparaissent et reviennent presqu'à chaque instant. Tout le monde croit aujourd'hui à la réapparition de chaudepisses mal guéries ; réapparition dépendant de cette susceptibilité que je signale ? S'il en est ainsi, un individu peut, sous l'empire de causes simples, voir apparaître plusieurs écoulements non spécifiques, mais c'est à la condition qu'il aura été atteint une première fois d'une blennorrhagie franchement vénérienne, qu'il se trouvera placé sous l'influence chronique de cette contamination. Pour moi, je n'hésite pas à expliquer ainsi cette foule d'écoulements proclamés simples, et dont les malades ne font que rire aujourd'hui ; pour moi enfin, je crois qu'à part certaines inflammations de l'urèthre causées par l'introduction de corps étrangers, comme cela arrive dans quelques opérations chirurgicales, ou par l'injection de liquides irritants, comme Swediaur l'a démontré par sa fameuse expérience, qu'à part ces cas, dis-je, rien n'est plus rare, s'il y en a un seul exemple d'ailleurs, qu'une blennorrhagie franche, avec des caractères de virulence bien tranchés, ait été le résultat soit d'un excès de bière, soit d'une équitation prolongée, soit du contact de flux menstruel... Pour ma part, je n'en ai jamais vu un seul cas authentique, et tous les praticiens qui s'occupent de ces questions si intéressantes peuvent puiser des convictions conformes aux miennes dans l'étude des antécédents du malade et de ce que j'appelle la filiation syphilitique.

Ces considérations me conduiraient tout naturellement à examiner les causes bien autrement graves d'erreur et de confusion que peut laisser dans l'étude des écoulements en général une première blennorrhagie chez la femme. Mais la discussion de ce point, obscur encore, m'entraînerait trop loin, et n'ajouterait rien d'ailleurs à ce que je viens de dire plus haut.

Si donc nous nous plaçons au point de vue des symptômes primitifs, nous voyons que tout le monde est d'accord sur la possibilité de la production du chancre par la blennorrhagie, et réciproquement ! Acceptant ces faits tels que la pratique les présente, nous disons que la blennorrhagie est syphilitique quand elle est le produit du chancre ; M. Ricord dit qu'elle est le résultat de l'irritation. Nous disons que la blennorrhagie est syphilitique quand elle donne lieu à une ulcération caractérisque : M. Ricord dit qu'elle est simple, et que la spécificité résulte de l'existence d'un chancre larvé ; sur ce point la question est nettement posée ; on peut juger entre nous.

Mais je n'ai fait qu'apporter à ce problème si difficile la solution la moins importante : ce n'est pas véritablement là qu'est la preuve de l'identité, et c'est en examinant la question sous un autre point de vue que l'on peut arriver à une conviction positive. Ce n'est pas, à vrai dire, parce que la blennorrhagie serait inoculable, ou parce qu'elle aurait donné lieu aux chancres, qu'elle serait de nature syphilitique ; mais parce qu'elle produira sur l'économie des effets généraux qui caractérisent surtout l'action de la syphilis. C'est donc dans l'étude des symptômes secondaires et dans un retour consciencieux vers le moment de l'infection primitive qu'il faut chercher la véritable solution d'un problème jusqu'à présent insoluble. Ce qui distingue surtout le virus syphilitique, c'est, comme nous l'avons vu, de produire une modification générale qui peut rester longtemps inappréciable et ne se traduire que longtemps après la disparition des symptômes primitifs. Si l'on peut signaler après la blennorrhagie cette ac-

tion toute secondaire, il devient évident qu'elle est, comme affection locale, l'expression de la maladie syphilitique. Cela est si vrai qu'Hermandez a usé toutes les ressources de sa dialectique pour essayer de démontrer que la gonorrhée ne donnait jamais lieu à la vérole *constitutionnelle*. Mais la vérité parle ici tellement haut que cet écrivain remarquable a été forcé d'avouer que le virus gonorrhéique peut envahir l'économie et y déterminer des accidents généraux tels que gangrènes, caries des os, hyperotites, ulcères, etc.; accidents qu'il n'a pu séparer de ceux que détermine l'infection syphilitique qu'en disant qu'ils affectent une marche plus lente, qu'ils permettent d'arriver à la vieillesse distinction purement nominale et qui ne peut lutter contre les faits.

M. Ricord a admis que la blennorrhagie était suivie d'accidents consécutifs incontestables et réguliers, sans les spécifier d'ailleurs; mais il a nié qu'elle pût déterminer les accidents de syphilis *constitutionnelle*. M. Baumes, observateur plus logique, a déclaré positivement que la blennorrhagie sans complication de chancres peut être suivie de symptômes constitutionnels, tels que ulcères arrondis, bien caractérisés, tubercules plats ou papules humides, echtyma syphilitique, syphilide furfuracée, etc.

Quand on a dit qu'il n'existait pas un fait bien constaté de syphilis constitutionnelle suite d'une blennorrhagie, on se plaçait à un point de vue qui ne permettait pas d'apprécier cette proposition sur des données positives. Ainsi quand on a expérimenté par l'inoculation la matière blennorrhagique, quand l'écoulement a disparu, on proclame le malade guéri, et si au bout de quelques mois, d'une année peut-être, on le revoit pur de tout accident consécutif, on pose comme un fait acquis qu'il n'y a pas eu de symptômes syphilitiques constitutionnels. Mais outre qu'il est très difficile alors de suivre ces malades qui disparaissent après leur prétendue guérison, qui dans le cas d'affections consécutives, iront demander des conseils ailleurs; outre cela, dis-je, il est bien constaté aujourd'hui que les symptômes secondaires qui viennent après une blennorrhagie, peuvent ne se manifester qu'au bout d'un grand nombre d'années. Le praticien qui ne traite que des accidents primitifs ne peut donc pas puiser dans son service les éléments d'une conviction rationnelle: c'est en remontant des symptômes consécutifs à l'infection première que l'on peut seulement trouver la solution de cette question importante; aussi est-ce dans l'étude consciencieuse et approfondie des symptômes secondaires de la syphilis, que se sont développées et fortifiées les opinions que je formule aujourd'hui. Oui la blennorrhagie est comme le chancre l'expression de la maladie syphilitique, parce qu'après l'une comme après l'autre, on voit apparaître ces phénomènes médiats et lointains qui accusent l'empoisonnement chronique par le virus de la syphilis. Là est toute la question, là est aussi toute la vérité.

J'ai pu observer à l'hôpital St.-Louis un grand nombre d'affections cutanées développées sous l'influence de l'infection syphilitique, et remontant, avec un soin minutieux, à la source première de cette infection; j'ai constaté que la blennorrhagie avait été plus fréquemment que le chancre l'antécédent unique de ces accidents secondaires. Ainsi j'ai relevé soixante faits de syphilides survenues après des écoulements, et quarante-deux fois seulement après des chancres.

Ces chiffres ont été contredits par des relevés bien autrement nombreux; mais ces milliers de faits cités par M. Ricord reposent sur des observations suivies pendant quelques mois, à peine pendant une année entière; ils manquent, par conséquent, de valeur pour résoudre la question. Les données sur lesquelles je m'appuie, sont confirmées d'ailleurs par les statistiques de MM. Martins et Legendre, qui ont contribué à élucider ces points obscurs; aussi puis-je affirmer que mes chiffres répondent suffisamment à cette assertion tranchante qui nie tout symptôme vénérien comme conséquence de la blennorrhagie; et surtout ils annihilent cette proposition à laquelle on attache une grande importance, savoir: que la somme des cas où la blennorrhagie a pu être notée comme antécédent des accidents de syphilis constitutionnelle est précisément en rapport avec celle des chancres larvés. Comme on le voit, rien n'est moins rare, au contraire, qu'une syphilide survenant apres un écoulement blennorrhagique, et il est bien plus exact de dire que si l'on rencontre plus fréquemment des éruptions syphilitiques comme conséquence de la blennorrhagie, c'est que celle-ci est en réalité, et comme

symptôme primitif, plus fréquente que le chancre. On peut maintenant contester l'authenticité de ces chiffres et expliquer tous ces faits par une erreur de diagnostic et par l'hypothèse du chancre larvé; mais il serait au moins étrange que sur ces soixante cas on ne fût pas arrivé une seule fois à la connaissance de la vérité, et un seul fait bien établi suffit pour renverser toutes les doctrines de la non identité. Quant au chancre larvé, il constitue, au dire même de ses partisans, une exception si restreinte, qu'il ne peut s'appliquer aux chiffres que j'ai présentés.

Après avoir établi que la blennorrhagie peut être, comme le chancre, suivie de symptômes consécutifs, j'ai pris en considération ces opinions, qui, tout en admettant les symptômes consécutifs à la blennorrhagie, leur attribuaient un caractère de gravité moindre que quand ils succédaient à l'ulcération ; j'ai étudié avec un soin extrême ces accidents secondaires pour chercher si, selon qu'ils venaient après l'un ou après l'autre de ces symptômes primitifs, ils présentaient des différences d'intensité ou de gravité qui permissent d'arriver à une distinction quelconque : je n'ai rien trouvé qui pût justifier l'opinion de la non identité. Parmi les relevés que j'ai faits à l'hôpital St-Louis, il en est un qui prouve la vérité de ce que j'avance. Tout le monde sait que Carmichael prétendait établir une corrélation intime et nécessaire entre certaines formes éruptives et tels ou tels accidents primitifs. J'ai trouvé, contrairement à cette théorie, que toutes les syphilides apparaissaient indistinctement après tous les symptômes primitifs, et, pour en donner un exemple qui ait trait à la matière, j'ai trouvé, après la blennorrhagie, vingt-trois fois la forme tuberculeuse, seize fois la pustuleuse, six fois la papuleuse, sept fois la squameuse, deux fois l'exanthémat que, et la vésiculeuse quatre fois : après le chancre, la forme tuberculeuse était apparue dix-neuf fois, la pustuleuse six fois, la papuleuse cinq fois, la squameuse sept fois. Or, pour ne parler que de la forme tuberculeuse qui semblerait accuser un empoisonnement plus profond, on voit qu'apparaissant indistinctement après la blennorrhagie et après le chancre, elle est, comme symptôme secondaire à ces deux accidents, exactement en rapport avec le nombre des faits primitifs observés. J'ai vu, en un mot, après la blennorrhagie comme après le chancre; des syphilides graves qui se jouent de toutes les ressources de la thérapeutique, qui, fixées à la face, la labourent profondément, en y laissant pour traces de leur passage des cicatrices et des difformités indélébiles; j'ai vu la blennorrhagie être suivie, comme le chancre, d'ulcérations des muqueuses, d'exostoses, de caries des os, et même de cet état tout particulier que l'on appelle la cachexie syphilitique. Il demeure donc établi d'une manière irrévocable que la blennorrhagie ayant existé sans chancre concomitant peut être suivie d'accidents secondaires identiques quant à la nature, quant à la forme, quant à l'intensité, à ceux que l'on retrouve après le chancre, et il faut rigoureusement en conclure que le chancre et la blennorrhagie sont des symptômes identiques, et qu'ils sont l'expression de la même maladie.

Si maintenant l'on demande comment il se fait qu'un écoulement de muco-pus est le résultat d'un virus qui aura produit ailleurs une ulcération; comment l'une de ces formes morbides n'existe pas toujours à l'exclusion de l'autre; ce sont là des problèmes que l'on ne peut résoudre que par des hypothèses, et le moment n'est pas encore venu où il est permis d'aborder la discussion toute théorique de ces points, d'ailleurs secondaires.

En résumé, il y a dans ces débats une double question : la question de fait et la question d'interprétation.

Pour la question de fait, on ne peut pas ne pas être d'accord. — Ainsi le chancre peut produire une blennorrhagie : on le reconnaît généralement. — *La blennorrhagie peut produire un chancre :* on le reconnaît encore. — Enfin une blennorrhagie peut être suivie de symptômes syphilitiques secondaires, de syphilis constitutionnelle, comme on dit : on le reconnaît aussi. — Ce sont autant de faits que l'on avoue, que l'on admet, pour mieux dire, sauf interprétation différente.

Pour moi je les accepte tels qu'ils se présentent, et je suis conduit tout naturellement à établir, en matière de syphilis, que : une lésion produite indistinctement par telle ou telle autre lésion spéciale, primitive, et surtout suivie de phénomènes dits constitutionnels, est un symptôme de syphilis, et par conséquent qu'il y a une blennorrhagie syphilitique.

Dans cette conclusion je suis d'accord

avec l'observation la plus simple, avec l'interprétation logique des faits. Or cette observation, cette interprétation, ne sauraient être détruites, infirmées même, par les arguments apportés contre l'identité de la blennorrhagie.

On dit : — Oui le chancre produit une blennorrhagie ; mais c'est à titre d'inflammation simple. La preuve? Elle est, répond on, dans l'inoculation ; mais je l'ai démontré, l'inoculation dans ce cas n'a aucune valeur, et même c'est une arme à deux tranchants, qui peut servir à ceux qui, comme moi, soutiennent la nature syphilitique de la blennorrhagie.

On dit... oui, la blennorrhagie peut produire le chancre... oui, elle peut être suivie de symptômes secondaires, *constitutionnels*... mais à la condition d'un chancre larvé.... La preuve?—Ou les faits attaqués sont anciens, et alors ce n'est plus qu'une allégation sans valeur;—ou ils sont récents, et alors la preuve s'appuie sur deux principes faux : 1° l'inoculation, — je n'en parlerai plus ; 2° la délimitation arbitraire de l'époque de l'apparition des symptômes secondaires, constitutionnels : délimitation arbitraire, en vertu de laquelle, au bout de deux mois, par exemple, un homme est réputé, certifié, assuré, sain, non infecté, puis quinze jours, six mois, un an, trente ans après, est atteint de symptômes syphilitiques les plus tranchés.

Les arguments que l'on oppose, pour combattre l'identité syphilitique de la blennorrhagie, ne sont donc pas sérieux. Et qu'on ne croye pas qu'au bout du compte, ce soit une simple discussion de mots, une seule différence d'interprétation théorique. Non, il y a plus que cela. Pour être conséquents avec leur doctrine les partisans de la non-spécificité de la blennorrhagie, devraient toutes les fois qu'il se présente un malade atteint de blennorrhagie, pratiquer l'inoculation. On comprend toutes les raisons qui font qu'ils n'ont pas recours à cette expérimentation. C'est en effet ce qui a lieu. Que font-ils donc? Ils attendent que six semaines ou deux mois se passent pour voir s'il survient des symptômes d'*infection*, c'est à dire, en nous plaçant à leur point de vue, que le malade qui, suivant eux, était infecté comme un, ou ne l'était pas, le soit comme dix, ou complètement. Ou plutôt enfin pour simplifier les choses, comme les cas de blennorrhagie avec chancre du canal, les seuls qui soient syphilitiques sont très rares, sans même s'embarrasser de l'exception, ils regardent toutes les blennorrhagies comme des inflammations simples, et quand dix ans après, on parle d'un malade, atteint de syphilis, d'exostoses, etc., qui n'a eu qu'une blennorrhagie, ils répondent avec un sérieux qui n'est que dans la forme : il a eu, il a du avoir un chancre.

OBSERVATIONS.

DE LA DÉCOCTION DE ZITTMANN CONTRE LES MALADIES SQUAMEUSES DE LA PEAU.

(1re article.)

J'ai continué comme je l'ai annoncé dans un premier article (1) quelques essais sur l'emploi de la décoction de Zittmann, dans le traitement des affections squameuses de la peau. Cette fois j'ai entouré l'administration du médicament de plus de soins encore. Ainsi j'ai diminué la quantité des aliments. Les malades ont été mis à la demi-portion, je les ai fait rester constamment au lit, pendant tout le temps du traitement. Cette nouvelle série se compose aussi de six malades. Ils ont pris la décoction pendant 25 jours; chez aucun d'eux le médicament n'a amené d'accident ; toujours ils l'ont bien supporté. Il y a eu une moyenne de 7 à 8 garderobes par jour. Deux seulement ont sué, mais un surtout abondamment (ce n'est pas celui chez lequel l'amélioration a été le plus marquée). Chez quatre d'entre eux, il n'y a aucun changement appréciable dans l'éruption. Chez deux, mais surtout chez un, il est survenu une amélioration réelle, qui se prolonge même, depuis que le traitement a été cessé ! Deux prirent la décoction pour la seconde fois. Comme on le voit, aucun d'eux n'a été

(1) *Voyez* n° II, page 52.

guéri. Déjà j'ai rapporté plus haut, à propos des considérations générales sur les affections squameuses, deux de ces observations; je me contenterai d'en rapporter ici deux autres. J'ajouterai, à cette occasion, que je crois qu'il ne suffit pas de publier toujours des faits de guérison; qu'il peut être souvent tout aussi utile de faire connaître des cas d'insuccès. Quel que soit le résultat définitif, il importe de faire connaître une observation, toutes les fois qu'elle présente quelque intérêt sous le rapport de la maladie elle-même, et surtout dans l'espèce sous le rapport du traitement.

Hôpital Saint-Louis.— Le 23 septembre 1843 est entré dans mon service, pour y être traité d'un *psoriasis diffusa*, le nommé J..... (Pierre), menuisier, âgé de 22 ans, né à Dôle (Jura).

Le Doubs, qui entoure la ville de Dôle de plusieurs de ses bras, le canal de la Saône, plusieurs ruisseaux, le voisinage des montagnes du Jura, entretiennent dans cette localité une humidité sous l'influence de laquelle on voit se développer un assez grand nombre de fièvres intermittentes fatales. Il paraît du reste que les maladies de la peau y sont rares.

Né de parents sains et robustes, ayant deux frères et une sœur qui ne furent jamais malades J..... fut affecté, à l'âge de cinq ou six ans, d'un impétigo du cuir chevelu qui, malgré l'emploi des toniques amers à l'intérieur, des émollients appliqués localement et les soins d'une propreté minutieuse, ne disparut qu'au bout d'un an. La disparition de cette maladie signala aussi la guérison d'une ophthalmie qui s'était établie comme complication vers le cinquième mois.

A l'âge de dix ans, fièvre intermittente qui ne dura que quinze jours.

De douze à treize ans, J. vit apparaître sur les deux genoux de petits points rouges, saillants au centre, qui se recouvrirent bientôt d'écailles blanches, s'étendirent en formant des plaques rondes, légèrement proéminentes, surmontées de squames blanches, chatoyantes, promptement caduques et souvent renouvelées par des squames de la même nature. Peu à peu, la plupart des plaques rondes, faisant toujours des progrès, se confondirent et laissèrent des surfaces dont le pourtour était configuré en segments de cercles de différente étendue. En même temps, la sécrétion des squames épidermiques devenait plus abondante et plus fréquente. Les plaques, au moment de la desquamation, prenaient une teinte rouge brun de plus en plus foncée. La maladie gagna rapidement la face antérieure de la jambe, et descendit à peu près jusqu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Il est à remarquer que les plaques de psoriasis ne remontèrent pas vers les cuisses. En même temps, les légions olécraniennes présentaient des altérations identiques; la peau y était, dans les endroits laissés intacts, rugueuse et sillonnée de plis ayant une direction anormale. Bientôt aussi il parut à la face postérieure des avant-bras des points rougeâtres, qui descendirent jusqu'au niveau des poignets, en formant une large bande irrégulièrement délimitée. On y remarquait la même sécrétion de squames blanches, chatoyantes, se renouvelant souvent pour être remplacées par d'autres; à la desquamation, des plaques d'un rouge brun. Ici encore, les plaques ne remontèrent jamais vers les bras.

Cependant les principales fonctions paraissaient s'exécuter normalement: le malade ne se plaignait que d'une sensation constante de chaleur incommode, même pendant l'hiver.

Il y avait déjà trois mois que la maladie durait, lorsque J., craignant de la voir s'étendre davantage, voulut se traiter.

Il fit usage d'un onguent jaunâtre, avec lequel il frictionnait les plaques de psoriasis. Deux fois la semaine il prenait des bains simples.

Ces moyens furent continués pendant quatre mois; les squames tombaient plus vite, les plaques offraient une coloration moins intense. Du reste, elles étaient toujours élevées au-dessus du niveau de la peau, un peu proéminentes au milieu, et se recouvraient toujours de squames. Ennuyé du peu de résultats de son traitement, J. l'abandonna.

Jusqu'à l'âge de quinze ans le psoriasis demeura stationnaire. Alors un nouveau traitement fut essayé, et se composa de 3 pilules purgatives, prises pendant quatre jours au moment du coucher; le deuxième jour, demi verre d'eau contenant des cendres de vigne; deux fois la semaine un bain simple; tous les jours plusieurs tasses de chicorée sauvage, et des embrocations avec un liniment jaunâtre et épais.

Sous l'influence de ce traitement, suivi régulièrement pendant trois mois, les plaques devinrent moins rouges, s'affaissèrent, la sécrétion squameuse s'arrêta, la peau reprit sa souplesse et son épaisseur normales.

Pendant sept à huit mois la guérison parut solide: J. n'éprouvait plus la sensation de cha-

leur incommode qui le tourmentait auparavant ; il était fort et vigoureux, sa taille prenait du développement.

Cependant la maladie revint bientôt avec une nouvelle intensité et n'eut pas d'autres sièges que ceux qu'elle avait primitivement affectés ; elle n'en dépassa jamais les limites, et n'apparut nulle autre part jusqu'en mai 1842, époque à laquelle J., n'ayant fait aucun traitement pour sa maladie depuis l'âge de quinze ans, vint à Paris.

Alors, quand les squames tombaient, les plaques étaient plus proéminentes, d'un rouge plus sombre, surtout quand le malade avait beaucoup travaillé ou commis un écart de régime. La sensation de chaleur reparut plus intense qu'autrefois ; elle s'accompagna souvent de maux de tête.

Vers la fin de juillet 1843, de nouvelles plaques se montrèrent au front, au niveau de la limite des cheveux ; elles étaient le siège d'une cuisson vive et d'un prurit ardent.

Le 23 septembre, J. se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis. Il est fort et vigoureux ; ses cheveux sont noirs, ses muscles bien développés, sa taille au-dessus de la moyenne ; son cou est bien évidé . il a tous les attributs du tempérament sanguin.

L'éruption n'a pas d'autre étendue et d'autres caractères que ceux que nous avons signalés plus haut ; il est facile de reconnaître un psoriasis diffusa.

24 septembre, bain alcalin, 1/2 d'aliments.

25 id.

30 d'heure en heure, jusqu'à 6, une des pilules suivantes :

Jalap.. . . . . 0,60 Gomme gutte, 0,15 Aloès. 1,00	pour 6 pilules, 8 selles.

1er octobre, 1/2 ration d'aliments ; décoction de Zittmann.

Jusqu'au 5 septembre, sept à huit selles par jour.

Le 6, J. commence à éprouver des sueurs copieuses pendant la nuit ; c'est alors seulement que les selles se réduisent à trois ou quatre par jour. Léger sentiment de malaise à l'épigastre ; quelques vertiges : le malade les attribue du reste au séjour prolongé au lit. Cet état ne varie pas jusqu'au 19. Les plaques des avant-bras et celles de la jambe sont moins proéminentes, moins rouges ; mais aux genoux et aux coudes on rencontre encore les lésions aussi tenaces qu'elles l'étaient à l'entrée du malade. J., qui paraît avoir une intelligence assez développée et qui suit avec attention la marche de sa maladie, ne constate pas une grande amélioration dans son état.

Le 20, les sueurs diminuent. Toujours trois à quatre selles. Depuis ce moment jusqu'au 26, où le malade cesse de prendre de décoction de Zittmann, l'affaissement des plaques se fait d'une manière lente, mais du reste assez évidente : le malade n'a plus de vertiges, les douleurs épigastriques ont disparu, les fonctions s'exécutent normalement. Enfin il est possible de constater que si l'emploi du médicament n'a point amené une guérison radicale, il a puissamment modifié la nature de l'éruption, qui est circonscrite, très peu étendue et fort près de la délitescence.

Hôpital Saint-Louis. — Le 24 juin 1843, Théophile C....., âgé de 31 ans, né à Seauchy-Cauchy (Pas-de-Calais), tisserand, entra dans mon service pour se faire traiter d'un *Psoriasis diffusa.*

Arrivé depuis deux jours de son pays natal qu'il a constamment habité, C..... dit que cette localité, marécageuse, renferme beaucoup d'habitants affectés de maladies de la peau ; les villages environnants, plus marécageux que Seauchy, offrent, dit-il, une plus forte proportion de ces affections.

Sa grand'mère maternelle eut pendant fort longtemps une éruption à la face et aux jambes, qui ne fut jamais guérie. Le grand père paternel fut affecté, dans les dernières années de sa vie, d'un sycosis qui résista à tous les moyens de traitement.

Son père n'a jamais été malade. Sa mère se plaint depuis quinze ans de sueurs abondantes, qui la jettent souvent dans une faiblesse et une atonie contre lesquelles échouent les toniques ordinairement appropriés à cet état. — Un frère de 12 ans n'a jamais été gravement malade.

C..... a les cheveux noirs, les yeux bruns, sa taille est moyenne, ses membres sont bien développés, sa peau est fine. — Au moment de l'éruption des dents de remplacement, C..... eut plusieurs fois des convulsions. — A l'âge de 10 ans à peu près, des plaques de psoriasis se montrèrent à la tête, on le crut atteint de la teigne, on lui prodigua des soins de propreté, on coupa les cheveux, on enleva les squames épaisses qui les intriquaient, on fit des lotions savonneuses.

Peu de temps après on vit de petits points rougeâtres apparaître aux genoux, s'étendre bientôt à la jambe et se propager de manière à constituer de larges plaques, siège d'une sécré-

tion abondante de squames souvent renouvelées. Dix ans stationnaire, le mal apparut aux avant-bras et à la jambe, du côté opposé le tronc fut couvert de plaques. Il n'y avait point de démangeaison ; pas de dérangement dans les principales fonctions. — Trois ans après il se forma de chaque côté des ailes du nez des points rougeâtres, squameux, qui envahirent bientôt les régions malaires. La maladie persista dans les points où elle s'était déclarée sans faire du reste de grands progrès. C..... n'ayant jamais fait de traitement, commença l'an dernier à prendre des bains sulfureux alternés avec des bains simples; de la tisane de douce-amère, de trèfle d'eau, des purgatifs de temps en temps, plus douze pilules mercurielles qu'il fut obligé de ne pas porter à un plus haut chiffre parce qu'il fut pris de salivation. Jusqu'au moment où C..... commença l'usage des pilules mercurielles, il avait remarqué une grande amélioration dans son état; mais alors, soit par l'effet du mercure, soit par un retour naturel de la maladie, il se fit une recrudescence très vive. En même temps un sycosis se développa sur la lèvre supérieure; celle-ci se gonfla, se recouvrit d'une croûte épaisse, dure, adhérente, profonde, agglutinant les poils.— Des cataplasmes, des lotions émollientes et alcalines longtemps continuées, n'amenèrent aucun changement dans les caractères de cette nouvelle éruption.

Le 24 juin 1843, entré dans mon service, C..... présente sur les points que nous avons signalés tout à l'heure des élevures rougeâtres, recouvertes de squames blanches, épaisses. Sa lèvre supérieure est gonflée, proéminente de chaque côté des lignes naso-labiales. (Chicorée, pilules de Plummer, bains simples; fomentations émollientes et cataplasmes sur la lèvre supérieure.) Continué pendant plus d'un mois, ce traitement n'amène aucun résultat pour le psoriasis. C..... voit au contraire sa lèvre s'affaisser chaque jour et le suintement diminuer. En même temps, les plaques de psoriasis qui occupaient autrefois les ailes du nez et les régions malaires, et qui pendant la plus grande acuité du sycosis avaient complètement disparu, ces plaques, dis-je, avaient repris leur ancien siège.

Pendant vingt jours, mis une première fois à l'usage de la décoction de Zittmann, C..... n'éprouve jamais de sueurs, il conserve son appétit, il a 3 ou 4 selles par jour. Le 5 août on suspend la décoction; il est constant que l'on a obtenu une grande amélioration. Jusqu'au 30 septembre, C..... prend de la salsepareille; je lui prescris alternativement des bains et des douches de vapeur. Le 30 septembre, l'éruption paraît stationnaire, je recommence la décoction de Zittmann; C... prend d'heure en heure jusqu'à 6 une des pilules suivantes:

℞ : Jalap . . . . 0, 60 } pour 6 pilules.
Gomme gutte. 0, 15 } 6 selles.
Aloès . . . . . 1, 00 }

Le 1er octobre, 1/2 d'aliments, décoction de Zittmann, 4 selles.

Dès les premiers jours du traitement, C..... a sué de manière à changer plusieurs fois de linge par jour. Vers le 15, les sueurs diminuèrent, puis disparurent. Les selles s'arrêtèrent à 2 ou 3, jusqu'à la fin du traitement qu'on suspendit le 26 octobre. Jusqu'à cette époque aussi le malade n'a jamais cessé d'avoir bon appétit. Il n'a jamais éprouvé ni douleurs d'estomac, ni maux de tête. Le sycosis est presque complètement guéri. Les plaques de psoriasis de la jambe droite, quoique considérablement affaissées, sont encore rouges et dures; ces mêmes écailles blanchâtres les recouvrent encore. Nulle autre part l'éruption n'a été modifiée, et la décoction de Zittmann ne paraît point ici avoir eu d'action remarquable sur la nature et la marche du psoriasis.

BLENNORRHAGIE URÉTHRALE ARTHRITIQUE ET OCULAIRE, SUIVIE DE VÉGÉTATIONS SUR LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE.

Hôpital du Midi. (Service de M. Vidal.) — Ch.... (Georges) 24 ans, tailleur d'habits, taille médiocre, cheveux chatains, yeux brun très clair, peau très blanche, système musculaire peu développé, embonpoint au dessous du type ordinaire, face pâle, est entré à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 28, le 24 avril 1843.

Ce malade, d'une apparence assez chétive, est sujet à de fréquents malaises, mais n'a cependant fait aucune maladie grave. Vers l'âge de 11 à 12 ans il a eu la rougeole; il n'a point eu la variole et n'a pas été vacciné. Il n'a jamais été sujet à aucune hémorrhagie nasale ou autre. Dans son enfance il a eu des étouffements jusqu'à 8 ou 9 ans; ces étouffements devenaient de temps en temps assez considérables pour l'empêcher de se livrer aux exercices du jeune âge. Ils disparurent à l'époque indiquée, et ne se montrèrent plus jusque il y a cinq ans, époque à laquelle le malade quitta son pays (midi de la France) pour aller en Bourgogne. Quelque temps après son arrivée dans cette dernière province, ils revinrent plus forts qu'ils ne l'avaient été d'abord, et souvent le malade était obligé de se coucher; mais

orsqu'il se mettait au lit, le malaise ne se prolongeait pas au delà du lendemain matin. Ces étouffements revenaient environ tous les huit jours. Ils durèrent ainsi pendant les deux ans qu'il a habité la Bourgogne et ont entièrement cessé depuis qu'il est à Paris.

Il y a cinq ans, à son arrivée en Bourgogne, il contracta une gale qui fut traitée par les bains sulfureux et se dissipa après une quinzaine de jours. Il n'a jamais été sujet à des douleurs rhumatismales, non plus qu'aucun membre de sa famille.

Il y a deux ans, il contracta une blennorrhagie uréthrale qui dura trois mois, et disparut sans autre traitement que la tisane ordinaire; elle fut peu douloureuse, mais l'écoulement, pendant la première moitié de sa durée, fut assez abondant. Depuis sa guérison il n'a jamais éprouvé aucun symptôme que l'on puisse rapporter à la syphilis.

Il y a trois semaines, le lendemain d'un coït qui se renouvelait habituellement une ou deux fois par semaine avec une ouvrière de sa profession, il fut affecté d'un écoulement uréthral avec douleur et gonflement léger au méat. Trois jours après le début de l'écoulement douleurs de reins, principalement à gauche, qui rendent le travail difficile et persistent toujours depuis; cinq jours plus tard douleurs, gonflement et rougeur dans les articulations métatarso-phalangiennes gauches; enfin, six jours avant l'entrée, douleurs dans les yeux; ces dernières douleurs empêchent bientôt le travail et forcent le malade à réclamer une place dans l'hôpital. Il n'a jamais porté ses mains à ses yeux après avoir touché sa verge, et ne s'est point essuyé la figure avec des linges tachés par l'écoulement. Pendant cette période l'écoulement, qui n'a jamais été bien considérable, a encore diminué, et la douleur légère, ainsi que le gonflement dont elle était accompagné, a entièrement disparu. Pendant les deux premières semaines le malade n'a fait que prendre de la tisane, et dans les derniers jours il a joint à ce moyen des lotions sur les yeux avec une solution de nitrate d'argent.

Etat actuel, le 25 avril.—Ecoulement mucoso-purulent peu abondant avec prédominance de la partie muqueuse; point de douleurs, soit spontanées, soit à la palpation le long de l'urèthre; point de sensation douloureuse pendant l'émission de l'urine, si ce n'est une très légère cuisson au méat. Douleurs médiocres dans les deux globes oculaires, accompagnées d'une injection ramiforme irrégulière, à peu près également répandue sur toute la conjonctive; point de saillie appréciable de cette membrane; photophobie très légère; sécrétion séro-muqueuse appréciable, surtout le matin; les cornées sont transparentes, d'apparence normale. Rougeur, douleur et gonflement médiocres des articulations métatarso-phalangiennes gauches. Point de symptômes généraux, appétit seulement un peu diminué. — Tis. de salsepar.; 2 p. Dup., collyre d'eau de roses, et nit. d'arg., 0,05 par 30 gr.; un cinquième de portion, repos au lit.

Jusqu'au 3 mai il ne survient rien de particulier; ce jour-là le malade se plaint de douleurs dans le genou droit; on y observe une fluctuation légère, quoique non douteuse, et un gonflement médiocre; la rougeur et la douleur des yeux sont moindres, ainsi que l'écoulement; depuis quatre jours on a joint au traitement des frictions avec la pommade de belladone sur la base de l'orbite.

Le 5 le genou gauche devient douloureux et légèrement gonflé, sans présenter de fluctuation; la douleur et la tuméfaction du droit ont augmenté; le gonflement du pied s'étend maintenant à toutes les articulations phalangiennes et tarso-métatarsiennes. Rien de particulier d'ailleurs. — Même traitement, plus des cat. émoll. sur les genoux.

Le 8, la fluctuation et le gonflement du genou droit paraissent encore augmentés. — On applique deux vésicatoires volants de la largeur d'un écu de six fr. sur chaque côté de la rotule. Même état et même traitement pour le reste.

Du 8 au 15 les douleurs du genou gauche se dissipent; celles du genou droit persistent ainsi que le gonflement. Les vésicatoires ont eux-mêmes produit des douleurs assez vives. L'état des yeux s'améliore un peu; les douleurs sont presque nulles, surtout quand le malade ferme les paupières; l'injection est aussi moindre, et la sécrétion est presque tarie. L'écoulement uréthral devient de plus en plus blanc, fluide et rare. — Les vésicatoires, pansés simplement dès le lendemain de leur application, sont aujourd'hui presque secs. On continue le même traitement pour le reste.

Le 20, l'état des yeux, qui avait continué à s'améliorer, maintenant s'aggrave dans tous ses symptômes, d'une manière peu prononcée sur le gauche, et très prononcée sur le droit. — On donne une bouteille d'eau de Sedlitz et du petit lait et l'on prescrit la diète, et malgré ce traitement l'injection, les douleurs et la sécrétion augmentent; cette dernière devient entièrement purulente à droite le 24. Ce jour là et le lendemain on pratique à droite une forte cautérisa-

tion sur la conjonctive, qui offre un léger chémosis. On continue le même traitement pour le reste, moins l'eau de Sedlitz.

Le 26 il apparaît un léger épanchement à la partie externe de la cornée ; il s'étend les jours suivants, en sorte que le 30 il a envahi exactement toute cette membrane. L'épanchement offre les caractères suivants : il est d'un jaune verdâtre, complètement opaque, tout à fait semblable pour la couleur à l'écoulement blennorrhagique de l'urèthre au début ; il fait une saillie de plus d'un demi millimètre sur la conjonctive environnante ; il semble être simplement appliqué sur la cornée comme une pseudo-membrane ; cependant quand on cherche à le soulever, on ne peut y parvenir. Sa surface est dépolie, mais assez unie ; on n'y distingue pas de vaisseaux. L'écoulement uréthral et l'épanchement du genou diminuent. Depuis deux jours le malade se plaint des gencives qui sont rouges et un peu tuméfiées. — On suspend les pilules de Dupuyt et l'on continue les autres moyens, sauf le collyre au nitrate d'argent que l'on a remplacé par de l'eau pure à cause des douleurs qu'il produisait.

A partir du 30, les douleurs de l'œil diminuent, la saillie de l'épanchement s'affaisse promptement, sa surface devient plus polie ; le 5 juin, il est au niveau de la conjonctive. A partir de ce jour, la circonférence de la cornée commence à devenir un peu transparente, et le malade, qui avait entièrement perdu la faculté de distinguer le jour de la nuit, la recouvre. Ce liseré transparent devient d'une transparence plus parfaite et s'agrandit de plus en plus, en sorte que le 24 juin, jour de la sortie du malade, il avait un millimètre et demi au côté externe, et un millimètre au côté interne. Depuis le 12 juin, un autre point demi-transparent s'était formé au centre de la cornée, et s'était agrandi peu à peu, de manière à avoir près de trois millimètres de diamètre au 24 juin ; seulement la transparence y était beaucoup moindre qu'à la partie externe, et ne permettait que de distinguer vaguement les objets. — Depuis le 5, les douleurs, qui étaient alors beaucoup diminuées, reparurent, mais avec un caractère tout différent ; de pulsatives et comme lancinantes qu'elles avaient toujours été, il semblait maintenant au malade qu'il avait un corps étranger à la partie supérieure et externe de l'œil ; cette douleur s'accrut en conservant ce même caractère jusqu'au 13 ; ce jour-là, on vit apparaître sous le bord inférieur de la paupière supérieure une petite saillie comprimée d'avant en arrière ; on renversa alors la paupière, et l'on put reconnaître une végétation rouge, aplatie d'avant en arrière, dentelée sur ses bords, ayant cinq millimètres latéralement, trois de haut en bas, et suspendue par un pédicule d'environ un millimètre de diamètre en tous sens. On excisa la végétation et l'on cautérisa la plaie ; la douleur disparut dans la journée et ne s'est plus reproduite. Les douleurs de l'œil gauche disparurent le 15 ; mais il restait encore une très légère injection à la sortie du malade. Les douleurs du genou droit se dissipèrent peu à peu ; elles n'existaient plus que pendant la marche lorsque le malade sortit ; il restait encore à cette époque un peu de fluctuation ; les douleurs du pied avaient complètement cessé dès le 12 juin, ainsi que le gonflement, et avec la disparition de celui-ci avait commencé une desquamation qui a entièrement dépouillé de son épiderme la partie du pied affectée.

L'écoulement uréthral cesse complètement le 3 juin, et ne reparaît plus.

Le 1er juin, après avoir subi neuf jours de diète, le malade mange trois portions ; dans la nuit il a des nausées, de l'insomnie et un peu de fièvre, et à partir de ce jour jusqu'à sa sortie il conserve toujours du dégoût pour les aliments, et après les repas une douleur ordinairement légère, quelque-fois assez vive, à l'épigastre.

Le malade est venu à la consultation le 26 et le 29 juin. La transparence de la cornée continue à faire des progrès. Il reste toujours un peu d'épanchement dans le genou. Les maux d'estomac ont entièrement disparu. On lui touche à chaque consultation la cornée avec un pinceau imbibé de laudanum.

Il rentre à l'hôpital le 6 juillet. On lui cautérise tous les trois ou quatre jours la cornée en passant légèrement sur sa face antérieure le crayon de nitrate d'argent, et il sort le 14 août, ne conservant qu'un très léger trouble de la vue. Le centre de la cornée offre à peu près la transparence de celle de l'œil sain ; sa circonférence conserve encore une légère opalinité.

Remarques. Ce fait présente un assez grand intérêt, tant sous le rapport de la science que sous celui de la pratique. C'est à ma connaissance le premier cas bien authentique de végétation syphilitique développée sur la conjonctive. On parle bien, dans les traités classiques, d'excroissances sur la cornée ou autour de cette membrane, mais la description que l'on en fait n'a aucun rapport avec celle que l'on vient de lire. Ici c'était bien évidemment la forme

d'une production syphilitique. Le siège de cette végétation, qui ne paraît que singulier au premier abord, acquiert un nouvel intérêt lorsqu'on en cherche la signification pathologique. Pour ceux qui voient dans une végétation de la forme de celle-ci, un caractère de syphilis primitive, elle sera la preuve que la blennorrhagie peut engendrer cette forme pathologique, et qu'elle est par conséquent elle-même une des formes de la syphilis. Préviendrais-je trois objections que j'ose à peine énoncer tant elles s'écartent du droit sens, mais qui pourraient bien sembler excellentes cependant, à qui n'en aurait pas de meilleures? Voici ces objections : 1° Le malade peut avoir eu des chancres à une époque antérieure, lesquels sont passés inaperçus et ont donné lieu à une vérole constitutionnelle. Je n'opposerai pas à ces chancres occultes, dont la végétation serait ici un symptôme, que le malade était très soigneux de sa personne et attentif aux moindres dérangements de sa santé, comme on peut s'en convaincre par la précision des antécédents qu'il a fournis. Il est avéré maintenant que les chancres dont il s'agit échappent au contrôle des sens et de la raison. Je ferai seulement remarquer combien il serait merveilleux que la syphilis constitutionnelle prétendue étant admise, elle eût attendu, pour se traduire à l'extérieur, l'apparition d'une ophthalmie, et qu'elle eût choisi tout exprès pour siège unique un lieu aussi insolite; — 2° Peut-être ce malade, au moment même où il a été observé, avait-il un chancre uréthral dont la matière portée sur la conjonctive a produit la végétation. Ce que je viens de dire, touchant ces chancres occultes, me dispense de repondre à cette seconde objection; — 3° Enfin on peut nier la nature syphilitique de la végétation, comme on a pu nier la circulation à Harvey, et bien d'autres vérités encore; comme cette objection touche à l'histoire générale des végétations, je me contenterai pour aujourd'hui de la mettre au nombre des hérésies syphilographiques.

Sans vouloir aborder l'étiologie de l'ophthalmie blennorrhagique, je ferai remarquer que le malade qui fait le sujet de l'observation précédente était très propre et n'avait jamais, à ma connaissance, porté la main à ses yeux; ce qui n'empêchera pas certains auteurs de professer que les ophthalmies blennorrhagiques ne se développent jamais sans l'application directe de la matière blennorrhagique sur la conjonctive. Mais ces mêmes auteurs oublient que ce n'est pas par l'application directe que se développent les orchites et les arthrites blennorrhagiqnes, avec lesquelles elle coïncide souvent; ils ne songent guère non plus que, suivant la remarque de M. Vidal, les ophthalmies blennorrhagiques ne se développent guère chez les malades affectés de chancres, lesquels sont exposés aux mêmes inconvénients sous le rapport de l'application directe; enfin, ils n'ont pas remarqué que, si la blennorrhagie oculaire était le résultat de l'application directe, elle devrait se manifester chez les malades les plus malpropres; ce qui n'a nullement lieu. Les trois seules ophthalmies blennorrhagiques que j'ai observées cette année, semblaient même avoir choisi les malades qui se tenaient le plus proprement.

Je ferai remarquer encore ce fait bien connu de la diminution de l'écoulement à l'apparition de chaque complication nouvelle, fait à propos duquel les auteurs se sont livrés à de nombreuses hypothèses; mais j'insisterai surtout sur l'absence d'un autre fait que beaucoup d'auteurs ont donné comme pendant de celui qui précède : je veux parler du retour de l'écoulement, lorsque les complications disparaissent. Si le témoignage des auteurs ne permet pas de douter de son existence, il est bien certain au moins que sa fréquence a été beaucoup exagérée. Je n'ai jamais eu, pour mon compte, occasion de le constater. Toujours j'ai vu, malgré la disparition de la complication ou des complications, l'écoulement marcher vers une guérison plus prompte que dans les cas ordinaires; et jamais dans ces cas, je n'ai vu l'écoulement passer à cet état de goutte militaire dont la thérapeutique a souvent tant de peine à triompher.

J'aurai plus tard à m'expliquer sur les douleurs de reins dont ce malade a été atteint, et qui ont précédé l'ophthalmie; aujourd'hui je me contente de les signaler.

Enfin, je terminerai par la considération pratique la plus importante de toutes : si l'on se rappelle l'épaisseur considérable de l'épanchement cornéal et la cécité complète qui s'en est suivie, on comprendra combien peu d'espoir on devait avoir, à une certaine époque, dans le rétablisse-

ment de la vue ; cependant, contrairement aux craintes que l'on avait conçues, l'événement eut la plus heureuse issue et vint donner à la pratique un des plus utiles enseignements.

H. de C.

CHANCRE IRRÉGULIÈREMENT TRAITÉ. — SIX A SEPT ANS APRÈS VÉGÉTATIONS DE LA FACE DÉVELOPPÉES RAPIDEMENT. — AFFAISSEMENT TRÈS PROMPT DE CES VÉGÉTATIONS COÏNCIDANT AVEC LE DÉVELOPPEMENT D'UNE ASCITE. — PLUSIEURS PARACENTÈSES. — MORT. — HYPERTROPHIE DE LA RATE ET ALTÉRATION ORGANIQUE DU FOIE.

L...., âgé de 35 ans, pâtissier, d'une taille ordinaire, ayant les cheveux châtains, les sourcils peu prononcés, l'iris brun, la peau idem, un embonpoint médiocre, un système musculaire assez développé, est entré à l'hôpital du Midi, salle 11, n. 13, service de M. Vidal, le 16 mars 1843.

Ce malade, d'une intelligence médiocre, fournit sur son état antérieur les renseignements qui suivent.

Dans l'enfance, variole dont il porte encore quelques cicatrices ; pas d'autres maladies. A 20 ans, maladie d'environ trente jours, caractérisée par des accès de frisson avec tremblement général suivi de chaleur, revenant d'abord tous les jours, puis à des intervalles de plus en plus longs jusqu'à leur disparition qui eut lieu sans aucun traitement. Le cours de cette maladie fut marqué par une jaunisse générale s'étendant aux sclérotiques, et la convalescence par un œdème des jambes qui disparut après quelques jours. Il n'y eut aucune douleur ni aucun développement anormal du ventre.

A 28 ou 29 ans, six ou huit jours après un coït avec une femme de mauvaise vie, chancre sous le frein, qui dura un mois ; dans les quinze premiers jours il prit, d'après le conseil d'un médecin, des pilules dont il ignore la composition, et qu'il suspendit de lui-même sans en avoir rien éprouvé de particulier. Depuis cette époque il n'a pas eu d'autres accidents de syphilis, soit primitifs, soit consécutifs.

Il y a quatre ans, maladie caractérisée par de la fièvre, de la toux et des douleurs dans la poitrine, pour laquelle on le saigne trois fois ; convalescence prompte et complète.

Le malade jouissait d'une très bonne santé lorsqu'il vit, dans les derniers jours du mois dernier, se développer une foule d'excroissances sur le menton et les côtés du cou ; ces excroissances ne causèrent aucune douleur, mais elles prirent un accroissement si rapide, qu'au bout de trois semaines elles acquirent le développement qu'elles offrent actuellement. Elles n'ont d'ailleurs été accompagnées d'aucune douleur, d'aucun malaise général ou partiel. Il ne s'est pas déclaré de végétations semblables dans aucun autre point de l'économie.

Lors de l'entrée du malade, ces végétations offraient les caractères suivants : Elles occupaient toute la surface comprise entre deux lignes horizontales, dont l'une passerait par la bouche, l'autre au dessous du menton, et deux lignes verticales placées au devant des auricules. A la lèvre inférieure elles commencent à la réunion de la peau avec la muqueuse ; elles font au dessus du niveau de la peau une saillie de près d'un pouce en certains points, d'un centimètre seulement en d'autres. Elles sont partout contiguës les unes aux autres, et forment une surface qui a quelque analogie avec la surface cérébrale dépouillée de ses membranes, à l'exception cependant que les mamelons qui représentent les circonvolutions sont plus petits que les circonvolutions elles-mêmes, font une saillie plus prononcée, et sont d'une couleur rouge pâle. La surface de ces végétations est un peu humide, et la sécrétion a une légère odeur *suî generis ;* elle est recouverte par une barbe médiocrement fournie, mais qui n'est pas, au dire du malade, devenue plus rare depuis la maladie ; seulement les poils s'insérant tantôt au sommet, tantôt sur les côtés des mamelons, ont perdu leur direction primitive et s'entrecroisent en différents sens. Les végétations ne sont pas douloureuses spontanément ni au toucher, mais l'impression d'un froid un peu vif ou du vent détermine un peu de souffrance. Sur les limites de la maladie, la peau reprend tout à coup ses caractères normaux, sans qu'aucune rougeur ou tuméfaction sépare la partie saine de la partie malade. — Aucune autre partie ne présente de semblables végétations. Toutes les fonctions s'exécutent bien. — On prescrit : cataplasmes sur la partie malade ; deux pilules de Dupuytren ; tisane de salsepareille, trois cinquièmes de portion.

Après trois jours de ce traitement, le malade se plaint d'un malaise général ; le pouls offre un peu d'accélération, la peau de la chaleur et de la sècheresse ; l'appétit est diminué. — On supprime les pilules, et l'on prescrit : infusion de tilleul ; deux bouillons.

Le 25, le malaise augmente, et le malade se plaint d'un peu de tuméfaction aux malléoles et

de gonflement du ventre. On trouve en effet que les pieds et la partie inférieure des jambes sont légèrement œdématiés et que l'abdomen renferme dans sa cavité une médiocre quantité de liquide. Comme l'exploration n'a pas été spécialement dirigée vers ces parties dans les premiers jours, on interroge à plusieurs reprises le malade sur l'époque précise de l'apparition des infiltrations, et constamment il assure qu'elles ne remontent pas à plus de 3 ou 4 jours. Le cœur est à l'état normal; la rate est d'un volume supérieur au volume ordinaire; le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

Depuis que le mouvement fébrile s'est manifesté, les végétations se sont sensiblement affaissées, et leur surface a cessé de sécréter. — On prescrit le même traitement, plus 4 gr. de nitrate de potasse dans la tisane.

L'infiltration des membres inférieurs reste la même; mais l'ascite augmente rapidement, au point que le 6 avril le ventre est tendu comme un tambour et que le malade éprouve des étouffements excessifs. — De leur côté les végétations s'affaissent en raison directe de l'accroissement du ventre; chaque matin on les trouve moins exubérantes et plus pâles; elles se résolvent à la manière d'une tumeur ecchymotique ou phlegmoneuse, sans laisser aucun résidu, aucune tache après elles; le 8 avril leur disparition est complète et la peau de la face a recouvré sa couleur, sa souplesse physiologique; elle ne conserve que quelques inégalités qui lui donnent un aspect chagriné. Les poils de la barbe ont repris leur direction; aucun n'est tombé. — Le même jour on pratique la paracentèse par le procédé ordinaire; elle donna issue à 8 litres environ de sérosité transparente, citrine. L'ouverture continua à couler pendant 6 jours; au bout de ce temps elle se ferma, et immédiatement l'abdomen commença à se développer de nouveau, en sorte que le 20 il avait repris à peu près le volume qu'il avait avant l'opération; les membres inférieurs augmentent en proportion. Du reste, aucun autre changement n'est survenu dans l'état du malade; le pouls est toujours resté accéléré, la peau un peu chaude, l'appétit et le sommeil à peu près nuls. Espérant se trouver mieux dans un autre hôpital, il demande à sortir le 20 avril, et se rend à pied à l'hôpital Beaujon où il est reçu dans le service de M. Louis, et où son observation est continuée par M. Cossy avec une exactitude et une sagacité difficiles à imiter. C'est d'après lui que je donne en résumé la fin de la maladie et la description des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie.

Jusqu'au 28 avril le ventre continue à augmenter; ce jour on pratique une nouvelle ponction qui donne issue à 12 ou 15 litres de sérosité verdâtre, très albumineuse. Après la ponction on constate que la rate est très volumineuse. — Tis. de chiendent; pot. gom., teint de digit. 15 gouttes et sulf. de quinine 1 décigr.; 2/5es de portion.

Les jours suivants, le malade va un peu mieux et l'œdème diminue aux membres inférieurs; il revient bientôt ainsi que l'ascite, et une nouvelle ponction est pratiquée le 15 mai. Il survient de la diarrhée (3 à 4 selles liq. par jour); le 19, le ventre a repris à peu près le même volume. Nouvelles ponctions le 28 mai et le 15 juin; le malade maigrit et s'affaiblit rapidement; le pouls qui se maintient pendant longtemps entre 70 et 80 monte entre 80 et 90, puis au dessus de ce dernier chiffre. Le 18 juin, la langue devient sèche, rouge, avec un pointillé blanc sur les bords; le dévoiement cesse pendant quelques jours, puis se rétablit ensuite pour ne cesser qu'à la mort, qui a lieu le 23 juin, sans qu'il se soit manifesté d'autres symptômes, l'intelligence s'étant conservée jusqu'à l'apparition du ronchus trachéal, un quart d'heure avant la mort. Les urines rendues en quantité normale, ont habituellement fourni un léger dépôt briqueté, et n'ont point précipité par la chaleur. — Le 28 mai, lors du développement de la diarrhée on a supprimé le sulfate de quinine, la digitale et les aliments solides; puis on a mis dans la potion 5 centigr. d'extrait d'opium.

Autopsie, 38 heures après la mort, par une température de 16 à 18° centigr.

Maigreur considérable de la face, du thorax et des membres supérieurs; léger œdème des parois abdominales et des membres inférieurs. Vergetures miliaires sur la partie postérieure du tronc et des membres. Roideur cadavérique presque nulle.

Tête. Toutes les parties de l'encéphale examinées et décrites avec le plus grand soin par M. Cossy offraient tous les caractères de l'état sain, sauf l'altération suivante :

La cloison interventriculaire est perforée à son centre d'une ouverture d'un centimètre environ, à bords frangés, ramollis, sans changement de coloration; le ramollissement va en diminuant graduellement pour se terminer sur la limite des parties voisines de la cloison (1).

(1) Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que dans le service de M. Louis l'examen du cerveau se fait toujours en place, en allant par

Une cuillerée à bouche de sérosité dans chaque ventricule latéral.

Cou et fosses nasales. — Toutes ces parties sont à l'état sain. Le voile du palais, le pharynx et le larynx ont particulièrement été examinés.

Thorax. — Les poumons offraient, l'un une infiltration œdémateuse ; l'autre, dans sa moitié inférieure, une friabilité et un aspect rougeâtre, livide, grenu, qui semblent être le passage du premier au second degré de la pneumonie.

Le cœur était d'un petit volume, ferme et sans altération organique ; le péricarde contenait deux cuillerées ordinaires de sérosité limpide ; le sang renfermé dans le cœur et les vaisseaux était coagulé, en partie noir, en partie gelée de groseilles ; les vaisseaux eux-mêmes étaient d'aspect normal.

Abdomen. — Le péritoine est blanchâtre, comme macéré, sans adhérences ; il contient environ 4 litres de sérosité verdâtre, transparente. — Le foie est caché sous les fausses côtes et d'un petit volume ; le lobe gauche est réduit à un petit appendice qui n'a que 4 centimètres dans sa plus grande étendue, et 2 centimètres dans son épaisseur. Le lobe droit a sa forme et son volume à peu près normaux ; il se précipite au fond de l'eau ; la séreuse qui le recouvre et sa membrane propre sont à l'état normal ; sa couleur est un mélange de rougeâtre et de jaunâtre ; on voit à sa surface une foule de petites saillies d'un quart de millimètre correspondant à de petits corps, d'un à 7 millimètres de diamètre, arrondis ou ovalaires, jaunâtres, pressés les uns contre les autres, également répandus sur toute la surface, et séparés par des intervalles anguleux dans lesquels on voit de petits vaisseaux à l'œil nu. Dans son intérieur, le foie offre le même aspect qu'à l'extérieur : les petits corps y sont en même nombre et de même volume ; à la coupe ces petits corps présentent une foule de petits points demi-transparents, quel que soit le volume de ces granulations ; elles sont contenues dans une cavité à parois lisses, minces, d'où il est très facile de les enlever, et auxquelles elles n'adhèrent que par un pédicule très étroit ; au travers de la transparence des parois, on voit les granulations voisines qui offrent les mêmes particularités. Les portions de foie restées libres ont une humidité et une consistance normales. Les branches de la veine-porte sont larges et contiennent en assez grande abondance du sang noir liquide ; leurs ramifications peuvent être suivies assez loin. Les veines sus-hépatiques paraissent moins volumineuses que d'habitude, sans autre altération. Les canaux biliaires sont sains, non dilatés ; la vésicule contient une médiocre quantité de bile jaunâtre et verdâtre. — La rate dépasse de 7 centimètres le rebord des fausses côtes ; elle est libre d'adhérences ; sa surface est lisse, d'une couleur rosée et bleuâtre ; sa capsule est un peu épaissie en certains points ; à l'intérieur, son tissu est d'un rouge foncé et bien ferme ; son grand diamètre est de 24 centimètres, son petit de 14 ; l'hypertrophie a eu lieu en tous les sens et n'a pas changé la forme de l'organe. — Les deux reins sont d'un rouge uniforme, congestionnés ; les bassinets, les uretères et la vessie sont à l'état normal. — Estomac un peu volumineux renfermant des gaz et quelques matières verdâtres ; sa muqueuse est partout rosée, lisse, mamelonnée, fournissant des lambeaux de 2 à 3 millimètres au grand cul-de-sac. Le petit intestin est mince ; sa muqueuse, rosée ou blanchâtre, donne des lambeaux de 2 à 3 millimètres ; il contient des gaz et des matières jaunâtres ou verdâtres en petite quantité ; la base des valvules conniventes est infiltrée d'un peu de sérosité. Le gros intestin contenait des matières fécales moulées ; il n'a pas été ouvert.

Remarques. — A une époque où l'on était moins sévère qu'aujourd'hui sur l'interprétation des faits, celui qui précède aurait pu fournir matière à de nombreuses hypothèses que l'esprit de système aurait promptement élevées au rang de vérités démontrées, et qui seraient venues donner une explication claire et satisfaisante de tous les phénomènes. Maintenant que les esprits sévères sont un peu moins ingénieux à voiler leur ignorance sous la pompe des mots, l'observation précédente pourra paraître embarrassante, mais elle ne perdra rien de l'intérêt qu'elle me semble offrir sous plusieurs rapports : si des opinions très différentes sont encore professées sur la nature de certaines végétations, il est certain que des cas du genre de celui qui précède ne sont pas médiocrement propres à prolonger les dissidences par les difficultés que l'on éprouve à se faire sur eux une opinion décisive et fondée. Des végétations syphilitiques

couches successives de la convexité vers la base. Ce procédé met à l'abri des lésions physiques que l'on peut produire en détachant l'organe de la cavité et en le manipulant, inconvénient grave qui jette souvent du doute sur l'origine de certaines altérations anatomiques, particulièrement de celles qui sont caractérisées par des déchirures ou par un faible ramollissement.

consécutives se manifestant localement 6 ou 7 ans après l'accident primitif, sans être précédées ou accompagnées d'aucun autre symptôme de vérole confirmée, seraient une bien rare exception à la marche ordinaire des phénomènes; d'un autre côté, des végétations ayant la forme, le siège, l'aspect de celles qui viennent d'être décrites et ne reconnaissant pas pour cause le virus syphilitique, constitueraient un fait non moins étrange en pathologie cutanée. L'affection ou les affections qui se sont developpées pendant l'existence des végétations, loin de dissiper les doutes que l'on avait sur leur nature, n'ont fait que les augmenter en introduisant de nouvelles inconnues dans le problème. Ces affections étaient-elles de même nature que les végétations, ou d'une nature différente, et dans le premier cas peuvent-elles être le résultat du virus vénérien? Pour moi, je considère comme infiniment probable l'identité de nature de toutes les affections qui se sont manifestées chez ce malade; mais toutes les raisons qui militent en faveur de cette manière de voir seraient hors de place à la suite d'une simple observation; elles méritent de faire l'objet d'un travail spécial. Quant à la seconde question, on devrait être peu disposé à la résoudre par l'affirmative, si l'on songe que Hunter dit n'avoir jamais vu d'affection syphilitique dans le cerveau, dans l'estomac, dans le cœur, dans les reins, dans le foie, ni dans les autres viscères. Cependant les auteurs ont rapporté des observations d'après lesquelles ces viscères semblent pouvoir être lésés par le virus syphilitique, mais ces observations sont si peu précises qu'elles n'ont pas paru concluantes à Hunter, et il est de fait qu'aujourd'hui même il est encore impossible de savoir à quoi s'en tenir à ce sujet: c'est un champ presque vierge livré aux investigations des nouveaux observateurs.

Quelles que soient les solutions que l'on donne aux différentes questions que j'ai posées, une particularité bien singulière restera dans l'observation qu'on vient de lire, c'est la marche rapide et véritablement extraordinaire qu'ont suivie les végétations. Quand le malade nous dit que ces excroissances si nombreuses et si developpées ne dataient que d'un mois au plus lors de son entrée, on ne put s'empêcher de conserver du doute sur la réalité de ses assertions, et cependant la rapidité du développement ne fut rien comparée à celle de la résolution. Quant aux altérations du foie et de la rate, il serait hasardeux d'affirmer qu'elles se sont développées avec la même rapidité que les végétations, quoique la marche de la maladie et surtout de l'hydropisie semble autoriser une semblable opinion.

Si l'on ne connaissait pas l'innocuité du traitement mercuriel, et si le malade avait pris un plus grand nombre de pilules, on pourrait être porté à accuser le mercure d'avoir produit la maladie à laquelle ce malade a succombé, puisqu'elle s'est développée immédiatement après l'administration des pilules de Dupuytren. Aujourd'hui une semblable coïncidence ne doit servir qu'à montrer davantage aux médecins la nécessité de se tenir en garde contre le sophisme du *post hoc*, *ergo propter hoc*, écueil depuis si longtemps et si souvent signalé, et sur lequel néanmoins tant d'esprits, distingués d'ailleurs, viennent encore se perdre.

H. DE C.

REVUE.

INOCULATION DU VIRUS SYPHILITIQUE.

Académie de médecine. — Séance du 24 octobre 1843. — M. Ricord annonce qu'il y a dix-sept jours, il s'est blessé au pouce de la main gauche avec des ciseaux dont il s'était servi pour le pansement d'un ulcère vénérien primitif. Une inflammation phlegmoneuse s'en suivit, et la plaie prit un aspect de mauvaise nature. Quelques doutes s'étant élevés dans son esprit sur le caractère véritable de cette plaie, M. Ricord s'inocula le pus qui en sortait, sur l'avant-bras du même côté, et vingt-quatre heures après, une pustule caractéristique s'était développée. Il la

cautérisa avec le caustique de Vienne. Pour lui donc plus de doute sur l'existence de l'infection locale, il s'était inoculé un chancre primitif; il croit pouvoir assurer néanmoins qu'il en sera quitte pour cet accident local, et qu'il n'éprouvera pas de phénomènes consécutifs. Il croit en effet pouvoir établir en loi qu'on n'a qu'une fois la syphilis constitutionnelle. Ici le chancre ne s'est point induré, et il est plein de confiance dans le résultat : cependant il fera un traitement antisyphilitique.

Du reste, il a voulu pratiquer sur lui-même l'inoculation, d'abord pour montrer combien sont sincères ses convictions, et puis pour prouver, contre les objections qui lui ont été faites, que l'inoculation n'était pas pour lui une pure affaire de curiosité qu'il tentait sur les autres, mais une véritable question d'art et de science, résolue pour lui de la manière la plus convaincante. (*Gazette médicale*, 28 octobre 1843.)

Si cette expérience pratiquée par M. Ricord sur lui-même, n'était pas sortie de l'enceinte de sa clinique, je me serais abstenu de l'examiner ici, ne me trouvant pas à l'aise pour argumenter, sur ce terrain, pour ainsi dire, tout personnel. Mais dès l'instant que mon honorable collègue s'est présenté, lui-même, publiquement comme sujet d'observation, il a appelé par le fait la discussion, et je me trouve obligé d'examiner brièvement ici le but et la portée de cette communication.

D'abord, au point de vue de l'Académie, cette communication, envisagée dans ses justes proportions, se réduit au simple énoncé d'un fait. Les résultats matériels de l'inoculation avaient disparu, il ne restait que l'eschare produite par la cautérisation. Or, comme cette inoculation a été pratiquée comme moyen de diagnostic à l'occasion de quelques doutes survenus dans l'esprit de M. Ricord, sur le caractère véritable d'une plaie dont l'aspect était de mauvaise nature, il eût été nécessaire de faire connaître les caractères de cette *pustule caractéristique*, d'autant mieux qu'on les cherche depuis longtemps, et qu'il n'est pas possible sérieusement de croire qu'ils résident, comme on l'a dit, dans le seul fait de l'inoculation; car toute matière purulente inoculée peut produire, au bout de 24 heures, une pustule quelconque. Or, pour démontrer son caractère spécial, il faudra donc une nouvelle inoculation, et ainsi de suite. Du reste, M. Ricord a trouvé dans la *pustule caractéristique* un cachet syphilitique qu'il n'avait pas trouvé dans la *plaie* de mauvais aspect. Voilà le fait. Maintenant que prouve pour l'Académie cette communication en définitive, . . ? tout simplement la possibilité de déterminer un chancre avec le pus du chancre, c'est à dire un fait constaté par les expériences les plus authentiques, et d'ailleurs admis partout le monde. Mais il n'y a rien dans cette communication, et l'Académie n'a rien vu, qui démontre que la *pustule caractéristique* soit plus *caractéristique* qu'une *plaie* chancreuse, rien qui établisse, sans parler des conditions de non réussite, l'utilité, la valeur de l'inoculation, comme moyen de diagnostic, surtout du chancre.

Mais non seulement, après cette inoculation, il n'y a plus eu de doute pour M. Ricord sur l'existence de l'infection *locale* (il *s'était inoculé un chancre primitif*), il croit encore pouvoir affirmer qu'il en sera quitte pour cet accident local, et qu'il n'éprouvera pas de phénomènes consécutifs; il se fonde sur une loi nouvelle, en vertu de laquelle on n'a qu'une *fois la syphilis constitutionelle*. Quant à cette loi nouvelle, que je ne veux pas examiner ici, je me trouve un peu embarrassé, à propos de son application actuelle que je ne comprends pas bien; à moins que M. Ricord, comme cela en a l'air, veuille en invoquer ici le bénéfice. Mais alors pourquoi cautériser, c'était inutile. Et aussi, une fois cette loi admise, compare-t-il donc l'inoculation pratiquée dans ces conditions, avec celle qui aurait lieu quand cette loi n'existe pas? D'un autre côté, sans doute, il n'a pas beaucoup compté sur la faculté préservatrice de la cautérisation; car s'il faut, pour qu'elle ait cette faculté, qu'elle soit pratiquée dans les quatre premiers jours, il y avait plus longtemps que cela qu'existait la plaie de mauvais aspect, dont l'inoculation a fini par dévoiler la nature syphilitique. Dans tous les cas, que M. Ricord fonde sa confiance sur la loi nouvelle, sur la non-induration du chancre, ou sur la cautérisation, quand il est venu dire à l'Académie, qu'il *croyait pouvoir affirmer* qu'il n'aurait pas de symptômes secondaires, il a tout simplement formulé une opinion qui lui est propre, et que l'on connaissait déjà, il a émis de nouveau sans nouvelle preuve à l'appui, une assertion qui a été déjà combattue à l'aide de

l'observation, et que dans l'espèce j'aurais, cette fois, renoncé à combattre si je n'étais rassuré pour mon honorable collègue, par la sage précaution qu'il a prise néanmoins, de *faire un traitement antisyphilitique*.

En résumé, la communication de M. Ricord, envisagée du côté scientifique, n'a rien démontré, pour le présent, à l'Académie, si ce n'est la possibilité d'un fait admis par tout le monde.

Pour l'avenir, elle n'a rien ajouté à ce qu'a dit déjà M. Ricord, à ce qu'il a publié, à ce qu'il proclame tous les jours; elle n'a apporté aucune preuve à ses assertions. Elle laisse toujours pendantes des questions que déjà j'ai examinées ailleurs, et que je retrouverai bientôt en parlant de doctrines dont la réfutation entre nécessairement dans le plan de cette publication.

Mais elle a aussi son côté moral, M. Ricord, il l'a dit positivement, a voulu montrer la sincérité de ses convictions, et répondre aux reproches que l'on a faits à l'inoculation. A mon avis, sous ce point de vue encore, elle était inutile ; d'abord, sans approfondir ici le point de la question, il faut reconnaître qu'elle ne répond pas aux objections qu'on a pu faire, car un exemple de plus, entre tant d'autres, d'innocuité de l'inoculation, ne détruirait pas les faits contraires qui pourraient exister. D'un autre côté, M. Ricord n'a pas besoin de chercher à prouver la sincérité de ses convictions. On peut ne pas partager ses opinions, on peut croire qu'il se trompe, sans suspecter pour cela sa bonne foi; sa position et son caractère bien connus le mettent à l'abri de pareils soupçons. Evidemment, cette expérience de notre collègue prouve qu'il ne fait aux autres que ce qu'il ne craint pas de faire pour lui-même; c'est dans l'espèce, la preuve la plus convaincante d'une conviction profonde; mais, je le répète, cette preuve était inutile. Pour moi, je ne l'ai pas attendue pour faire à cet égard ma profession de foi. J'ajouterai que toujours, et surtout en fait de science, il faut reconnaître la loyauté et la bonne foi de son adversaire, pour discuter sérieusement ses opinions, et je déclare ici qu'aujourd'hui après l'inoculation de M. Ricord, comme auparavant, et malgré la précaution qu'il a prise de faire un traitement antisyphilitique, je crois sincèrement à la sincérité de ses convictions.

OPINIONS DU PROFESSEUR SACHERO SUR LE PURPURA HEMORRHAGICA.

Une discussion survenue entre deux médecins italiens et un médecin français de Montevideo, au sujet d'un malade atteint de pourpre hémorrhagique, a donné lieu à l'envoi d'une lettre des premiers au docteur Sachero, qui a touché déjà quelques questions relatives à cette maladie dans une observation publiée en 1835. La lettre contient les propositions suivantes.

Le purpura hemorrhagica étant considéré par la plupart des médecins comme une modification du scorbut, et traité exclusivement par les spécifiques prétendus antiscorbutiques, on demande :

1° Le purpura hemorrhagica est-il réellement identique avec le scorbut? S'il en est ainsi :

2° Quelle condition pathologique et quel siège lui appartiennent, puisque les professeurs Tommasini, Sachero, Crescimbeni, etc., ont établi que c'était une phlébite et quelquefois une artéro-phlébite? Dans le cas où cette opinion serait toujours admise comme vraie, on désire que le docteur Sachero en développe minutieusement les preuves, et fournisse des arguments basés sur les autopsies et l'explication des causes, symptômes et traitements.

3° Si, au contraire, cette maladie n'est pas ce qu'elle a paru être, comment la distinguer du scorbut, avec lequel elle a tant de ressemblance, et en quoi consiste la différence essentielle?

4° Quelle modification dans le traitement exigeraient, en supposant ce dernier cas, le scorbut et le pourpre hémorrhagique?

La réponse du professeur Sachero est un long et intéressant mémoire que nous allons analyser rapidement, et dans lequel on trouvera, non seulement toute l'école italienne sur ce point curieux de pathologie cutanée, mais encore des opinions tout originales et qui semblent ouvrir une voie nouvelle aux applications thérapeutiques convenables dans le purpura hemorrhagica.

Le docteur Sachero expose d'abord un certain nombre de faits de purpura hemorrhagica, tirés tant de ses propres observations que de celles publiées par Fabrice Hilden, Donald Monro, Stoll, Ebenezer Gairdner, Belcher, Monod, Fairbairn, Player, Rayer, Duplay, etc. Nous nous contente-

fons de donner un court extrait des deux observations propres à l'auteur.

Obs. I. — Une femme de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débile, blanchisseuse et dans de mauvaises conditions hygiéniques, avait depuis plusieurs mois une toux sèche, lorsqu'en mars 1840 elle fut prise de frissons, d'anxiété dans la respiration, de céphalalgie, de vomissement de sang, de déjections alvines sanguinolentes, d'épistaxis et d'hématurie, en même temps que des taches noirâtres se répandirent sur la suface de la peau; lorsque la malade grattait ces taches, il en sortait un sang noir. Les bruits des cavités droites du cœur étaient plus prononcés que ceux des cavités gauches; soif ardente, douleur à l'épigastre et à l'hypochondre droit où on sentait le foie former une tumeur; pouls tendu, vibrant, fréquent, offrant enfin le caractère angio-phlébitique. On diagnostique *un pourpre hémorrhagique fébrile avec hépatite veineuse ou portite lente.* Trois saignées infructueuses avaient été déjà pratiquées, on en prescrivit une quatrième avec des sangsues à l'anus et des boissons acidulées, moyens qui n'apportaient qu'un soulagement momentané et auxquels on fut contraint de recourir de nouveau; cependant les taches hémorrhagiques avaient beaucoup diminué. Un peu de délire, de la tendance à l'assoupissement, obligèrent à appliquer de nouvelles sangsues aux apophyses mastoïdes; ces symptômes cédèrent, mais le foie devint plus volumineux. Alors, sangsues au siège, laxatifs, et frictions sur l'abdomen avec la pommade d'hydriodate de potasse. Peu à peu la maladie marcha vers la résolution, ses différents symptômes disparurent, les forces se rétablirent et la malade sortit complètement guérie.

Obs. II. Une autre femme de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique avec prédominance du système veineux, atteinte déjà d'une hépatite lente avec fièvre tierce, dont elle était guérie, fut prise de fièvre avec épistaxis et crachement de sang noir; toux légère et sèche, difficulté de la respiration, langue rouge sur les bords, muqueuse au milieu, soif, tension à l'hypochondre droit, pouls angio-phlébitique et fébrile, céphalalgie périodique le soir, peau couverte de taches obrondes, d'un rouge obscur ou violet, confluentes sur le cou, la poitrine et les bras, de la grandeur d'une grosse lentille, et étant le siège d'une démangeaison très vive. Diagnostic : *pourpre hémorrhagique fébrile, avec portite lente et fièvre périodique.* On emploie les mêmes moyens que dans l'observation précédente, c'est à dire les boissons acidules et laxatives, une forte application de sangsues à l'anus, quelques purgatifs, et on y joint une infusion de digitale et de seigle ergoté avec le lactucarium; enfin un commencement d'angine érysipélateuse est combattu avec succès par un gargarisme d'acide oxalique. En peu de jours les taches de la peau avaient disparu, ainsi que la tendance hémorrhagique.

« Ces deux observations, dit le docteur Sachero, semblables à celle que j'ai déjà publiée, confirment cette opinion que le pourpre hémorrhagique reconnaît pour condition pathologique un état morbide plus ou moins actif, plus ou moins phlogistique du système vasculaire, et surtout du système veineux, dont il est une manifestation; qu'ainsi il constitue par lui-même une maladie essentielle. De fait, on ne peut ranger cette maladie parmi les exanthèmes, parce qu'elle n'a ni symptômes, ni prodromes, ni marche régulière; il vaut donc mieux la considérer comme une hémorrhagie cutanée veineuse; c'est ce que je vais chercher à démontrer. »

En général les purpura simplex, urticata, senilis, cachectica, dans lesquels la peau seule est le siège de la maladie, ne présentent aucun danger; aussi le docteur Sachero n'entend-il parler ici que du purpura hemorrhagica fébrile ou aigu qui menace plus particulièrement la vie.

Nous ne reproduirons ici que les principaux traits du tableau qu'en donne le professeur, et nous n'insisterons que sur les points où son opinion a le plus d'importance.

Etiologie. — C'est une affection rare, qui s'attaque plutôt à la jeunesse et au sexe féminin : on l'observe plus particulièrement chez des personnes délicates, qui habitent des lieux humides, ou sont exposées à se mouiller le corps, se nourrissent mal ou usent des spiritueux; ce n'est pas à dire pour cela qu'on ne voie pas de pourpre hémorrhagique, même très grave, chez des personnes âgées ou à la fleur de l'âge. Le plus souvent il est précédé ou accompagné d'affections anciennes ou plus ou moins lentes des viscères abdominaux. Il semble donc qu'il soit nécessaire, pour le développement de cette maladie, qu'il existe un état morbide des capillaires artériels et veineux causé par l'altération ou la diminution de l'exhalation cutanée.

Apparences cutanées. — C'est à tort que Willan a placé le purpura hemorrhagica parmi

les exanthèmes, et que M. Rayer lui donne le nom d'hémacélinose; car les taches ou ecchymoses se développent non seulement sur la superficie de la peau, en commençant ordinairement par les extrémités inférieures, mais aussi elles se développent sur les membranes internes et les organes parenchymateux. Il est donc plus rationnel de la considérer avec Lordat comme une hémorrhagie. Ses caractères extérieurs sont, comme on le sait, des taches ou pétéchies plus ou moins nombreuses qui, dans leur développement comme dans leur disparition, ne suivent pas de périodes régulières, ce qui concourt à confirmer cette opinion que l'éruption ne constitue pas l'essence de la maladie, mais obéit plutôt à la maladie primitive.

Hémorrhagies.— La nature et le caractère de celles-ci sont beaucoup plus importants à connaître. Non seulement elles peuvent avoir lieu par toutes les muqueuses, mais aussi par la peau, en même temps que les taches pourprées se développent par les membranes et dans les cavités séreuses, et enfin au milieu même du parenchyme des viscères, etc. Il semble que la dissolution du sang et sa plus grande fluidité contribuent à rendre les hémorrhagies abondantes et plus promptement mortelles.

Symptômes constitutionnels.— En admettant qu'un état morbide du système vasculaire, surtout du système veineux, état qui détermine un trouble dans l'hématose, une altération consécutive dans la base du sang, ait une très grande part dans la production du purpura hemorrhagica, cette maladie devrait toujours être précédée d'un malaise général, de douleur, ou venir à la suite d'affections anciennes des viscères à trame veineuse, de ceux surtout qui ont des rapports étroits avec la veine porte. C'est ce qui a lieu en effet dans beaucoup de cas; mais il en est d'autres où le purpura se développe presque subitement, ce qui arrive probablement quand les causes qui le produisent sont violentes et capables d'altérer en peu de temps les fonctions du système circulatoire. Parmi l'énumération des divers symptômes qui caractérisent la maladie, tels que douleur de tête, respiration anxieuse, fièvre violente quelquefois à forme périodique, soif vive, peau chaude, sèche, urines troubles, etc., il faut noter la nature du pouls qui est fréquent, souvent dur et vibrant, d'autres fois plein et dépressible, et offre presque toujours ce que l'auteur appelle le caractère vasale (cardiaque, angioïque, dicrote, rebondissant) avec tendance à l'angio-phlébitique.

Marche et durée.— Elles semblent subordonnées à celles des maladies qui précèdent ou accompagnent le purpura hemorrhagica, que ce soient des hémormèses ou de véritables phlogoses partielles ou générales. Ainsi, si la congestion est très étendue, si elle intéresse les parenchymes ou seulement la peau et les muqueuses, et si les hémorrhagies qui en sont la conséquence sont abondantes, continues, la marche de la maladie sera rapide, etc.

Altérations du sang et de l'urine. — Parry, Bateman, Jeffreys, Johnston, Rayer et l'auteur lui-même ont constaté la présence d'une assez grande quantité de globules et de fibrine dans le sang des malades atteints de purpura hemorrhagica, quantité qui diminue si des hémorrhagies abondantes ont eu lieu; mais même alors, suivant le professeur Giacomini, le sang est dense, grumeux, ce qui dépend d'un état d'inflammation diffus du système veineux, ou bien, comme le veut Kreysig, d'une disproportion particulière dans la vitalité des veines, et non pas d'un grave affaiblissement de tout ce système. On peut en conclure que toutes les fois que dans le purpura une forte fièvre s'allume, qu'il existe des hémormèses veineuses actives (surtout s'il y a complication inflammatoire), puis des hémorrhagies veineuses de même nature, que toutes les fois qu'on retire quelque avantage de l'usage des saignées et des débilitants, il est probable que les changements que l'on observe dans le sang viennent, non pas d'atonie, mais d'une altération de l'hématose produite par tout l'ensemble de l'état morbide. On peut donc tirer quelques signes de la nature du sang pour mesurer le degré, la gravité de la maladie et ses complications.

L'état de l'urine est moins important à connaître.

Quant aux autopsies, l'auteur n'a pas eu l'occasion d'en faire, et ne rapporte que le résultat de celles qui ont été faites par d'autres. Il y voit souvent des transsudations, des congestions actives, rarement des phlogoses antérieures, et croit que le système veineux est celui qui est principalement atteint.

Condition pathologique. — Voici l'opinion propre à l'auteur : Dans la majorité des cas qu'il a recueillis et dans ceux qu'il a vus, le premier siège de l'affection était le système circulatoire, et plus particulièrement le système veineux; la fièvre souvent forte, les phénomènes généraux et locaux, les caractères du pouls, les rapports entre les causes et les symptômes viennent à l'appui de cette opinion. Dans les circonstances où la maladie ne se développa pas subitement, la veine porte était, pour ainsi dire, le point de départ, parce que le foie et la rate

étaient affectés depuis longtemps. Les hémorrhagies, les taches ou ecchymoses cutanées, conséquence de la transsudation active du sang des capillaires artériels-veineux, la réaction qui les précède ou les accompagne et constitue les caractères distinctifs de la maladie, prouvent jusqu'à l'évidence qu'il y a un accroissement de vitalité, d'action, une surexcitation notable cardio-vasale, et peut-être même, dans les cas les plus graves, une véritable angio-phlébite. Les hémorrhagies, les taches de la peau, sont une manifestation de cet état morbide du système circulatoire, ou, si l'on veut, du système veineux; et les altérations du sang qui dépendent primitivement d'un désordre survenu dans la condition des capillaires artériels-veineux et dans l'hématose (et, suivant Giacomini, d'une phlébite antérieure), peuvent ensuite favoriser la transsudation de ce liquide, c'est à dire les hémorrhagies tant profondes que cutanées.

Le docteur Sachero semble enfin se rapprocher de l'opinion de Lordat, et considérer ces hémorrhagies comme un compensateur souvent utile, comme une crise de l'affection cardio-vasale qui seule, selon lui, constitue la condition pathologique, la cause la plus prochaine du purpura hemorrhagica fébrile du morbus maculosus hemorrhagicus aigu de Werlhof.

Diagnostic différentiel. — Nous ne suivrons pas l'auteur dans toutes les distinctions qu'il établit entre le purpura hemorrhagica, le typhus pétéchial et le scorbut, seules maladies avec lesquelles on pourrait le confondre; nous ne toucherons que les points principaux. Et d'abord, pour compléter l'histoire du purpura hemorrhagiea, il faut remarquer que les développement du système veineux y prédispose, ainsi qu'un état maladif lent des veines abdominales, état qui se manifeste par les obstructions du foie et de la rate; il faut noter aussi que cette maladie n'est jamais contagieuse et ne provient jamais d'un virus.

C'est, au contraire, ce qui paraît avoir lieu dans le typhus pétéchial qui se développe en général chez les prisonniers, chez les individus entassés en grand nombre, privés d'air et de lumière. Cette dernière maladie a toujours une période d'incubation prononcée, les malades sont tristes, abattus, éprouvent divers troubles dans les fonctions digestives et cérébrales, des soubresauts dans les tendons; le pouls a un caractère d'irritation; il est tantôt cutané, tantôt céphalique, serré, irrégulier, etc., etc. C'est entre le quatrième et le septième jour que les pétéchies, toujours petites, paraissent d'abord au cou, à la face interne des bras et sur l'abdomen, puis sur tout le reste de la peau; les yeux sont caves, la langue aride, brune, les dents fuligineuses, enfin on y retrouve tous les caractères du typhus.

On sait que l'usage des viandes salées ou des aliments de mauvaise qualité, de l'eau impure, la respiration d'un air vicié, la malpropreté, la vie sédentaire ou les fatigues trop fortes, etc., etc., concourent à développer le scorbut. Son invasion est très lente, ce qui est l'opposé dans le purpura hemorrhagica et le typhus pétéchial, et se reconnaît à une faiblesse générale, un fourmillement des gencives qui se gonflent, rougissent, deviennent livides, fongueuses, saignent au moindre contact, à une odeur désagréable de l'haleine; longtemps après apparaissent de petits boutons ronds, rouges, qui ensuite ressemblent à des pétéchies; les jambes enflent, etc., etc. Tous ces symptômes de la première période, qui durent des mois ou des années, ne s'accompagnent jamais de réaction, à moins qu'il y ait complication d'une autre maladie. Dans la seconde période, tous ces symptômes augmentent, les gencives s'ulcèrent, se gangrènent, les dents tombent; c'est alors qu'ont lieu les différentes hémorrhagies par la bouche, les poumons, les intestins. Plus tard arrivent des sueurs fétides, et les malades, atteints d'une fièvre lente, s'éteignent, ayant encore toute leur intelligence.

Quant aux symptômes cutanés, dans le purpura hemorrhagica, l'apparition des taches n'est pas précédée d'une période d'invasion, comme dans les exanthèmes ou le typhus pétéchial, et leur disposition n'a rien de fixe et est plutôt subordonnée à l'état du système circulatoire et des viscères; de plus, elles diffèrent, sous le rapport de l'ordre dans lequel elles apparaissent et sous le rapport de la forme; elles se montrent dès l'invasion du purpura, tandis qu'elles ne se développent que dans la seconde période du typhus et à un état très avancé du scorbut. Les hémorrhagies, constantes dans la première de ces maladies, manquent ordinairement dans le typhus pétéchial, et n'ont lieu que vers la fin de l'affection scorbutique. La fièvre, ardente dès le principe dans le premier cas, est modérée dans le second, et manque dans le troisième. Les fonctions cérébrales, toujours intactes dans le purpura, s'altèrent rapidement dans le second, et languissent dans le scorbut. Enfin, la condition pathologique du purpura doit être rapportée à une surexcitation du système veineux, et dans les cas graves à une angio-phlébite même, tandis

que les centres nerveux sont spécialement atteints par la contagion ou la cause spécifique qui produit le typhus, et que le scorbut se développe et persiste sous l'influence d'une altération, primitive sans doute, du sang lui-même, et d'une innervation défectueuse.

Prognostic.—L'intensité et la gravité des symptômes peuvent sans contredit le faire établir; mais il faut aussi tenir compte de l'âge, des circonstances dans lesquelles se trouve le malade, de ses maladies et de l'état antérieur des viscères abdominaux, des hémorrhagies habituelles, etc. Il est à remarquer que lorsque la maladie revêt une forme périodique, le danger est moins grand et la guérison plus certaine.

Traitement. — Tout à l'opposé de Willan et de beaucoup d'auteurs anciens qui, n'ayant égard qu'à l'altération des liquides ou des solides, employaient les toniques, les antiseptiques et les antiscorbutiques de toute espèce, Parry, Harty, Bateman, Rayer et Caravieri traitaient le purpura hemorrhagica par les saignées et les purgatifs. Telle est aussi la manière d'agir du docteur Sachero. — Il est certain, dit-il, que toutes les fois que dans cette maladie il existe une vive réaction fébrile, que le pouls est tendu, vibrant, résistant, que les hémorrhagies sont abondantes et continues, et qu'il y a menace de congestions viscérales, il faut mettre en usage la saignée et la répéter avec prudence, jusqu'à ce que l'orgasme ou, si l'on veut, l'inflammation cardio-vasale ait cédé. Les sangsues, appliquées surtout aux vaisseaux hémorrhoïdaux, ont réussi très bien dans les cas où la veine porte et les viscères qui ont des connexions avec elle étaient spécialement affectés. Viennent ensuite les déprimants directs, tels que les feuilles de digitale pourprée, l'eau de laurier cerise, l'extrait d'aconit napel, la douce amère et autres.

Peut-être tirerait-on bon parti de l'extrait aqueux de seigle ergoté dont la vertu hémostatique et hyposthénisante a été récemment confirmée : lorsqu'il n'y avait pas complication de gastrite ou de gastro-entérite, les purgatifs salins et le calomélas ont toujours été utiles. La meilleure boisson ordinaire que l'on puisse donner est la limonade minérale ou végétale. Si les symptômes sont modérés, il vaut mieux suivre le sage exemple de Lordat et de Tommasini et faire la médecine expectante. L'emploi des préparations de quinquina et surtout du persulfate ou du sulfate acide de quinine est naturellement indiqué lorsque la maladie revêt une forme périodique. Si cependant, après de trop fréquentes hémorrhagies, le malade est très affaibli et presque anhémique, on peut avoir recours à un régime plus nourrissant, plus tonique, mais dirigé avec prudence, afin de ne pas réveiller la surexcitation cardio-vasale.

La conduite à tenir dans le scorbut est toute différente, et, bien que plusieurs anciens médecins, tels que Lind, Milman, Poupart, etc., aient vanté la saignée dans quelques cas, le docteur Sachero en proscrit l'usage, même dans le commencement de la maladie, si toutefois il n'existe pas de complications inflammatoires ou congestives, et recommande les médicaments spécifiques vantés comme antiscorbutiques.

(*Annali univ. di med.* — Juillet 1843.)

Le mémoire du professeur Sachero est remarquable sous beaucoup de rapports. On y trouve d'abord un cachet d'observation très précis. Aussi l'étiologie y est présentée d'une manière tout à fait pratique. L'auteur signale une cause dont j'ai eu l'occasion d'apprécier, dans plusieurs cas, la funeste influence, je veux parler des lieux humides, des circonstances dans lesquelles les malades ont été mouillés. Quant à la classification du purpura, c'est avec raison qu'il reproche à Willan de l'avoir placé parmi les exanthèmes, mais il y a longtemps que les pathologistes français ont signalé cette erreur. Biett, en modifiant la méthode de Willan, avait retiré le purpura des exanthèmes, pour le décrire à part; je l'ai moi-même placé depuis dans la classe des hémorrhagies, mais ce qu'il y a surtout de remarquable dans ce travail, c'est la manière dont l'auteur apprécie la nature de la maladie. Depuis longtemps déjà, on a cherché à établir la différence qui existe entre le purpura et le scorbut, et s'il y a une forme qui ne présente aucun point de rapprochement avec cette maladie, c'est sans contredit la seule variété du purpura, dont le professeur Sachero s'occupe dans son mémoire, le purpura hémorrhagique fébrile. Mais pour la plupart des praticiens il règne encore aujourd'hui beaucoup d'obscurité sur la *condition pathologique* de cette affection : pour la plupart des médecins, il y a encore beaucoup d'hésitations devant telle maladie hémorrhagique dont il est souvent difficile d'apprécier la nature. Sous ce rapport, je le répète, on lira je crois avec intérêt les opinions de l'auteur, et les conséquences auxquelles il a été conduit par sa théorie relativement au traitement.

TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE PAR LA CAUTÉRISATION SUPERFICIELLE DE L'URÈTHRE.

(*Traitement abortif de la blennorrhagie au moyen du nitrate d'argent*) ; par A. Debeney, D. M. P. chirurgien aide-major. — Il y a déjà longtemps que MM. Serre, de Montpellier, et Ricord, ont conseillé dans le traitement de la blennorrhagie chronique les injections d'azotate d'argent à la dose de 1 à 10 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée. Il y a longtemps aussi qu'un chirurgien de Dublin, Carmichaël, s'est servi du même médicament, mais à la dose de 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau. C'est ce dernier mode de traitement que M. Debeney cherche à impatroniser en France, et dont il démontre l'efficacité par des succès éclatants. Il ne s'agit plus ici de la guérison des blennorrhagies passées à l'état chronique ; c'est aux blennorrhagies toutes récentes et dans la période de leur plus grande acuité que l'auteur s'est adressé tout d'abord. Il a fait à 38 malades affectés d'uréthrite au début, une injection de 60, et quelquefois 70 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée. Voici les résultats que l'on observe : une douleur très vive et qui se propage le long des cordons spermatiques ne tarde pas à se manifester ; elle est accompagnée bientôt d'un écoulement abondant de matière purulente, épaisse, et de cuissons pendant l'émission des urines. La douleur, très intense pendant 2 ou 3 heures, continue ensuite, mais devient plus supportable ; au bout de 10 à 12 heures, les urines expulsent, sous forme de pellicules blanches, l'eschare de la muqueuse. Dès que cette expulsion est terminée, la douleur et tous les accidents inflammatoires disparaissent. Quelquefois l'écoulement persiste encore ; alors on s'en rend maître par une nouvelle injection. Dans les 38 cas dont nous parlions tout à l'heure, l'écoulement a été supprimé après une seule injection 21 fois, après deux injections 6 fois. Restent onze cas dans lesquels l'écoulement a persisté ou s'est reproduit bientôt ; mais toujours sans accidents inflammatoires, et le plus souvent par la faute des malades. D'ailleurs, dit l'auteur, trop d'éléments compliquent les cas pathologiques et les différencient pour qu'on puisse attendre d'une même médication des résultats toujours identiques. Le point le plus important, c'est que les injections de nitrate d'argent à dose cautérisante n'ont jamais, dans les faits observés par M. Debeney, produit de résultats fâcheux. L'auteur insiste pour que l'on choisisse le nitrate d'argent cristallisé ; le nitrate d'argent fondu étant toujours impur, il est difficile d'apprécier au juste la dose que l'on emploie. Si cependant on n'avait que ce dernier à sa disposition, on pourrait y avoir recours. M. Debeney s'en est servi une fois à la dose de 1 gramme 1/2 pour 30 grammes d'eau distillée.

M. Debeney a ensuite essayé sa méthode thérapeutique contre les blennorrhagies anciennes, et les résultats ont été à peu près les mêmes ; seulement il a plus souvent été forcé de faire deux ou trois injections à 25 heures et plus d'intervalle. En définitive, l'auteur est arrivé à ce résultat, que les injections de nitrate d'argent à haute dose sont avantageuses à toutes les périodes de la blennorrhagie.

Quant à la manière de faire l'injection, M. Debeney n'a jamais pris la précaution de comprimer le périnée, et il n'a point vu d'accidents survenir par suite de l'introduction du liquide caustique dans la vessie. Cependant, comme dans la blennorrhagie récente l'inflammation ne va pas au delà de la fosse naviculaire, il est possible de faire agir le caustique sur ce point seul en poussant une faible quantité de liquide, le quart de la seringue, par exemple.

Ajoutons que, pour démontrer plus complètement l'innocuité de ce moyen, et voir si les effets de l'injection étaient les mêmes sur la muqueuse uréthrale non enflammée, M. Debeney s'en est fait à lui-même une injection de 60 centigrammes. Il a éprouvé les résultats que nous signalions tout à l'heure, c'est à dire douleur très intense diminuant peu à peu, sécrétion purulente, au bout de 10 heures expulsion de l'eschare, et alors la muqueuse rétablie tout à fait dans son état naturel. (*Archives générales de médecine*, octobre 1843.)

Il n'est pas sans intérêt après ce compte rendu de faire connaître à nos lecteurs les expériences tentées en Angleterre par le docteur Childs, expériences qui l'ont conduit à un résultat et à des conclusions tout à fait conformes à ceux de notre compatriote.

Le docteur Childs s'élève d'abord contre la timidité coupable que l'on apporte en général dans l'emploi de certains moyens qui deviennent héroïques dans des mains habiles. Relativement à l'application des caustiques, il démontre l'innocuité des cautérisations faites sur la conjonctive oculaire et de celles employées déjà par MM. Lallemand et Ricord. Quant à lui, il les emploie dans la gonorrhée au début même de la maladie, lorsqu'il y a douleur et inflammation, accompa-

gnées d'écoulement. Pour les pratiquer, il se sert du porte-caustique modifié de Lallemand, qu'il introduit chargé de nitrate d'argent, aussi loin que les symptômes le lui font juger convenable. Il pousse alors la tige et tourne l'instrument avec rapidité, en le retirant de manière à cautériser toute la muqueuse uréthrale.

En peu d'heures, une violente inflammation se développe; elle s'accompagne souvent d'un léger écoulement sanguin. Mais bientôt ces phénomènes diminuent, et après leur cessation l'écoulement a presque disparu.

Dans la plupart des cas de gonorrhée, l'inflammation ne s'étend pas au delà de 3 ou 4 pouces de l'orifice de l'urèthre, c'est ce que Hunter a appelé son extension spécifique; aussi l'instrument n'a-t-il pas généralement besoin d'être porté plus profondément.

Quelquefois le médecin anglais a vu une seule application du caustique faire disparaître la maladie. Si cependant, après la cessation des symptômes inflammatoires, il reste un peu d'écoulement, il faut revenir à la cautérisation. En même temps, il faut administrer à l'intérieur des révulsifs, tels que le copahu et le cubèbe, et faire envelopper la verge avec des compresses trempées dans de l'eau végéto-minérale froide. Il est rare qu'à l'aide de tels moyens on ne parvienne pas à enlever la maladie en peu de jours. Quant à la crainte que l'on peut avoir de produire des rétrécissements du canal ou une épididymite, l'expérience de l'auteur lui a prouvé que plus tôt on parvenait à détruire l'inflammation spécifique de la gonorrhée, moins on devait redouter l'apparition de ces accidents.

La première indication et la plus importante dans le traitement de cette maladie est de produire sur les vaisseaux enflammés une impression telle qu'elle change la nature primitive de la maladie, et lui substitue une inflammation simple d'une étendue suffisante pour détruire son action. Or, rien ne peut mieux atteindre ce but que les cautérisations superficielles de la muqueuse uréthrale. (*London Med. Gazette*, juillet 1843.)

La méthode des cautérisations dans la blennorrhagie n'est assurément pas chose nouvelle, et le docteur Childs aurait pu dire qu'un médecin de son pays, Carmichael de Dublin, avait déjà employé ce moyen avec succès; mais ce que nous avons trouvé de remarquable dans les résultats obtenus par M. Childs, c'est leur ressemblance parfaite avec ceux annoncés presque au même temps par notre compatriote le docteur Debeney. La seule différence qui existe entre les deux méthodes, c'est que ce dernier médecin a adopté les injections de liquide chargé de caustique (de 50 à 80 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée) au lieu de l'emploi du porte-caustique. On doit remarquer que pas plus dans les conclusions du docteur Childs que dans les observations de M. Debeney, qui sont très nombreuses, on ne fait mention des accidents qui auraient pu suivre l'emploi du caustique, tels que orchites, etc.; accidents que ces praticiens ne semblent nullement redouter. On doit noter encore que M. Debeney, qui a employé les injections de nitrate d'argent à une dose inusitée jusqu'à ce jour, même au début de la maladie, n'a, dans aucun cas, administré concurremment des médicaments internes spécifiques comme M. Childs a jugé convenable de le faire, et que cependant les guérisons n'en ont été ni moins promptes, ni moins durables.

Il est curieux, du reste, de mettre en regard de ces résultats l'opinion d'un autre médecin anglais (*London med. Gazette, septembre* 1843) qui garde l'anonyme et qui prétend que l'on arrive à une guérison encore plus rapide et d'une manière bien moins dangereuse par les injections d'eau froide répétées fréquemment, c'est à dire toutes les demi-heures environ, dans le canal de l'urèthre. Ce même médecin rappelle au docteur Childs que M. Peirera, dans ses leçons, parlait de deux étudiants qui, s'étant traités par la cautérisation superficielle, virent, l'un la blennorrhagie disparaître, et l'autre des accidents graves survenir et durer fort longtemps.

Ajoutons à ces faits celui que cite (1) M. Rodrigues, chirurgien de Montpellier; ayant à traiter un étudiant atteint d'une blennorrhagie qui datait de huit jours, il lui aurait pratiqué une injection avec 60 centigrammes de nitrate d'argent, dissous dans 30 grammes d'eau, et il en serait résulté une cystite avec douleurs de reins qui aurait mis les jours du malade en danger.

(1) *La Clinique de Montpellier*, 15 septembre.

Paris.—Imp. Félix Locquin, 16, r. N.-D. des Victoires.

1re ANNÉE. — 1er VOLUME. — N° 5. — DECEMBRE. — 1843.

ANNALES
DES
MALADIES DE LA PEAU
ET
DE LA SYPHILIS.

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES AFFECTIONS SQUAMEUSES DE LA PEAU. — PSORIASIS. — LÈPRE VULGAIRE.

(Deuxième article.)

La lèpre vulgaire est caractérisée par des plaques écailleuses, de dimensions variables, ayant une forme quelquefois ovale, le plus souvent ronde, mais toujours régulière. Elle consiste dans des anneaux à bords évidemment saillants au-dessus du niveau de la peau, rouges quand ils sont dépouillés de leurs squames, ou bien recouverts de petites écailles minces, sèches, d'un blanc chatoyant, adhérentes, brisées inégalement tout autour de l'anneau, tombant et se renouvelant sans cesse : le centre du disque est sain. Cette production de squames n'est accompagnée d'aucun suintement, d'aucune humidité des plaques.

Comme pour la lèpre vulgaire, ce sont encore des plaques blanches, écailleuses que l'on rencontre dans le psoriasis. Mais on ne voit plus ici des surfaces à contours réguliers, des disques arrondis à forme bien arrêtée, ce sont des plaques plus ou moins larges, mais tout à fait irrégulières, sans saillies partielles, et qui, lorsqu'elles sont dépouillées de leurs squames, laissent à découvert des surfaces moins rouges, moins unies que celles de la lèpre vulgaire. La lèpre vulgaire commence ordinairement par de petits points rouges, mais déjà saillants, recouverts aussitôt d'une squame très légère, qui ne recouvre pas d'abord toute la saillie comme papuleuse qu'elle surmonte. Cette petite élévation s'élargit en s'affaissant un peu, puis elle prend une forme arrondie, elle s'affaisse de plus en plus au centre qui redevient sain, et par ce progrès excentrique, lent et continu, elle se change en un disque régulier dont la dimension variable d'ailleurs, est ordinairement celle d'une pièce de deux francs.

Le psoriasis débute aussi, dans quelques cas, par un point saillant, mais moins élevé que la saillie papuleuse de la lèpre. Dans ce cas aussi, de bonne heure, tout d'abord, il se forme une écaille mince, sèche, blanche, etc. Mais, ici la squame couvre toute la saillie, ou plutôt la constitue presque à elle seule. Le point s'élargit aussi, mais sans s'évider au centre ; l'élévation reste pleine ; et d'ailleurs elle ne dépasse guère les dimensions d'un demi centime c'est ce que l'on appelle le psoriasis guttata, forme intermédiaire, comme le dit Bateman, entre la lèpre vulgaire et le psoriasis dans laquelle l'éruption présente un aspect particulier. Ainsi elle consiste dans un grand nombre de petits points, répandus ordinairement sur de grandes surfaces, isolés, bien discrets, présentant une toute petite squame, d'un blanc très chatoyant, le plus souvent très brillant.

C'est à cette forme qu'il faut rapporter une variété assez curieuse et surtout fort rare, dans laquelle les petites saillies du pso-

riasis guttata, au lieu d'être disséminées irrégulièrement et plus ou moins éloignées les unes des autres, sont au contraire rapprochées et disposées par le hasard de manière à affecter une forme particulière plus ou moins bizarre; c'est le psoriasis gyrata. J'en ai vu, il y a quelques années, un cas remarquable, avec Biett, à l'hôpital Saint-Louis. L'homme qui en était atteint, présentait à la région épigastrique un huit de chiffre parfaitement régulier. Sur le dos, il y avait une autre plaque contournée de manière à ressembler assez bien à un serpent qui aurait la queue répliée. On voyait sur le reste du corps beaucoup d'autres points réguliers de psoriasis guttata.

Le plus souvent, le psoriasis débute par des surfaces plus larges, tout à fait irrégulières, qui deviennent bientôt rugueuses, sèches, se recouvrent de squames minces, adhérentes, grisâtres, qui tombent lentement, et semblent, dans leur chute, plutôt détachées d'autres squames restées adhérentes, qu'éliminées de surfaces rouges, et lisses, comme on le voit dans le psoriasis guttata, et surtout dans la lèpre vulgaire. Si en effet on dépouille une plaque de psoriasis des écailles sèches qui la recouvraient, on voit une surface un peu rouge, il est vrai, mais le plus ordinairement d'un rouge terne, déjà plissée, bientôt grise, puis sèche, puis enfin écailleuse de nouveau. C'est le psoriasis proprement dit, qu'en opposition avec les autres variétés, on a appelé *diffusa*.

Ordinairement, quand les disques de la lèpre ont atteint une certaine dimension, la maladie reste stationnaire jusqu'à ce qu'elle disparaisse, soit sous l'influence d'un traitement efficace, soit spontanément, comme cela arrive quelquefois; en effet il n'est pas très rare de voir la lèpre, et aussi le psoriasis, mais cependant plutôt la lèpre, disparaître assez régulièrement à l'approche d'une saison, pour se manifester de nouveau au retour d'une autre. Autrement la maladie peut pendant des années se présenter avec les mêmes caractères, les anneaux restent les mêmes, les squames tombent et se renouvellent sans cesse, seulement elles deviennent plus sèches, plus farineuses, et les surfaces qu'elles recouvrent, de moins en moins saillantes. L'éruption alors, est le plus ordinairement très répandue. Dans quelques cas, au contraire, et ce sont les plus rares, la maladie consiste seulement dans un très petit nombre de disques, mais qui peuvent acquérir une dimension énorme. J'en ai vu qui occupaient la moitié du dos; dans ce cas aussi, contrairement à ce qui se passe pour les petits anneaux, les squames sont peu épaisses, les bords du disque sont larges, rouges, et restent même quelquefois longtemps sans se recouvrir d'écailles.

Enfin, quand la maladie marche vers la guérison, les bords dépouillés de leurs squames se recouvrent plus lentement, ils s'affaissent; bientôt le cercle se brise, et, à partir de ce moment la plaque disparaît bientôt en ne laissant qu'une légère empreinte qui, avec le temps, finit aussi par disparaître complètement.

Le psoriasis guttata n'est pas ordinairement de longue durée, au moins relativement parlant; il se dissipe par un travail de résolution analogue à celui que l'on observe pour les plaques de la lèpre. Quelquefois il disparaît au milieu d'une éruption nouvelle de psoriasis diffusa. Quant à cette dernière forme, recouvrant le plus souvent une surface étendue, une grande partie d'un membre, ou fixée opiniâtrement dans un point limité, autour d'une articulation par exemple, elle peut durer des mois, des années entières, non seulement sans subir la moindre modification, mais encore sans déterminer le moindre inconvénient, si ce n'est quelquefois, mais rarement, un prurit, qui peut chez quelques malades devenir assez incommode. Cet état peut persister jusqu'à ce qu'enfin la maladie, marchant aussi à la résolution, il ne se reforme plus d'écailles; la peau alors reste longtemps un peu rude, comme chagrinée, et ce n'est qu'à la longue qu'elle finit par reprendre son état normal.

Enfin, le psoriasis peut ne pas rester stationnaire; il fait des progrès lents, mais incessants; les squames deviennent plus abondantes, plus sèches encore; la peau qu'elles recouvrent s'épaissit; elle se gerce, elle se sillonne dans tous les sens, et forme quelquefois ce que Willan appelle les rhagades: alors les sillons sont si rapprochés, que ce ne sont plus des écailles à proprement parler qui se forment, mais une exfoliation farineuse composée de molécules, dont partie est adhérente aux points de réunion des nombreux plis de la peau, et dont partie libre remplit les interstices sous la forme d'une poussière farineuse, qui tombe avec

une abondance extrême, et se reforme avec une rapidité souvent incroyable.

Parvenue à cet état, la maladie n'est plus une éruption à proprement parler, à forme si irrégulière qu'elle soit. On dirait que la peau tout entière s'est convertie en une masse squameuse ; c'est une enveloppe, une sorte d'étui rugueux, épais, saillant, inégal, profondément sillonné, qui encaisse quelquefois un membre entier. C'est à cette variété qu'on a donné le nom de psoriasis invétéré.

C'est alors surtout que les ongles participent de l'état pathologique de la peau, non pas seulement quand les mains, et surtout l'extrémité des doigts sont couvertes de plaques squameuses, mais encore alors même que le siège principal de l'éruption est très éloigné, et à plus forte raison quand celle-ci est très étendue. Les ongles perdent leur transparence ; ils deviennent très cassants, ils prennent de plus en plus une teinte d'un jaune sale leurs extrémités se recourbent ou se brisent ; leur surface inégale est sillonnée ou parsemée de saillies irrégulière, quelquefois ils sont remplacés complètement par une petite masse de matière squameuse, grisâtre, tout à fait informe ; c'est alors aussi que les malades sont souvent tourmentés de démangeaisons insupportables, démangeaisons augmentées par le travail de la digestion, par la chaleur du lit, par les changements atmosphériques.

Mais ce n'est pas seulement le psoriasis proprement dit qui peut revêtir cette forme grave, on la retrouve aussi, quoique bien plus rarement, à la suite de la lèpre, quand l'éruption squameuse, existant depuis longtemps, est devenue pour ainsi dire confluente, quand les disques se sont agglomérés autour d'une articulation. J'en ai en ce moment un cas curieux dans mes salles : c'est un homme qui sur plusieurs points, et notamment au bras droit, présente des plaques épaisses à sillons profonds, etc. Pendant longtemps j'ai regardé cette affection comme un véritable psoriasis invétéré, et ce n'est que depuis que la maladie s'est améliorée que je reconnais de la manière la plus évidente que l'éruption première avait été caractérisée, non pas par les plaques irrégulières du psoriasis, mais bien par des disques arrondis. Ce fut réellement chose curieuse, à mesure que les grandes plaques informes s'affaissaient, que de les voir se diviser, se séparer en plusieurs points, et selon qu'elles marchaient à la guérison, prendre de mieux en mieux la forme distincte d'anneaux bien arrondis, bien séparés. Évidemment l'éruption suivit en sens inverse, c'est à dire en progressant vers la guérison, la marche qu'elle avait suivie pour devenir confluente, et reprenait ainsi successivement ses caractères distincts.

C'est, je le répète, l'état le plus grave des affections squameuses ; il appartient presque exclusivement au psoriasis proprement dit, et comme l'indique le nom inveterata, il traduit presque toujours une affection longue, qui s'est aggravée par des progrès lents et successifs. Cependant cette dénomiuation ne doit pas toujours être entendue dans ce sens, et il peut arriver que, très rapidement, un psoriasis simple passe à l'état de psoriasis invétéré : j'en ai vu beaucoup d'exemples.

Louis W...., âgé de 22 ans, d'un tempéramment sanguin, d'une constitution robuste, à cheveux bruns, peau colorée et animée, né de parents sains, n'avait jamais eu lui-même aucune maladie de la peau, lorsqu'il vit se manifester à la jambe droite quelques plaques furfuracées qui firent des progrès rapides, s'étendirent sur les parties voisines et envahirent en très peu de temps la totalité du corps à l'exception de la face.

Lorsque ce jeune homme fut reçu à l'hôpital Saint-Louis 4 mois après, il était dans un état très grave. Les plaques s'étaient réunies, confondues de manière à ne former, pour ainsi dire, qu'une seule et immense surface. Ces écailles blanches, épaisses, légèrement chatoyantes, adhéraient fortement à la peau dans quelques points, et, dans d'autres, se détachaient abandamment par de minces parcelles, qui tombaient surtout pendant la nuit. Du reste, il n'y avait pas de prurit : toutes les fonctions se faisaient bien, les forces n'avaient point éprouvé de diminution, seulement le malade avait perdu de son embonpoint. Après quelques jours de l'emploi de délayants, le malade fut mis à l'usage d'une poudre purgative, composée d'aloès et de calomel, qui, chaque jour, produisait deux ou trois évacuations alvines. Au bout de 20 jours, les squames se détachaient en plus grand nombre, la surface qu'elles recouvraient était moins rouge, moins animée ; les rides dont le bras était sillonné étaient moins enflammées ; six semaines après, le tronc et la continuité des membres n'étaient plus couverts d'écailles ; les genoux, les coudes, l'étaient encore moins; mais en continuant ainsi l'emploi des purgatifs que l'on eut

soin de suspendre de temps en temps et à propos pendant le cours du traitement, la totalité de la peau reprit son état naturel, la santé se fortifia, l'embonpoint revint et au bout de quatre mois, W... sortit dans un état de santé très satisfaisant que tout annonçait devoir être permanent.

Ainsi les caractères dominants des affections squameuses, caractères qui leur impriment quelque chose de spécial, au milieu de ces maladies de la peau si nombreuses et si variées, consistent principalement dans la nature des écailles, l'état de la peau, la forme de l'éruption et le plus souvent l'absence de toute acuité.

Les écailles des affections squameuses sont blanches, dures, sèches, chatoyantes, et chacune de ces qualités physiques a une importance réelle : en effet, chacune d'elles concourt à les séparer des squames molles, grises ou jaunâtres, qui sont le résultat de la dessication d'un fluide plus ou moins épais, et que l'on observe dans des formes toutes différentes, et notamment dans les formes vésiculeuses. La disposition des disques de la lèpre vulgaire, des petites plaques du psoriasis guttata et gyrata, est certainement aussi très remarquable. Enfin un des caractères importants de l'éruption squameuse, c'est cette absence d'acuité dans la marche d'une affection dont les produits sont incessants, dont les progrès sont quelquefois si envahissants. Cependant sous ce dernier rapport, il y a quelquefois une exception, et une exception très remarquable aussi. J'ai vu plusieurs fois, sans cause appréciable, le psoriasis prendre tout à coup un aspect insolite. J'ai vu les plaques s'animer, devenir chaudes, puis la peau se gonfler, puis survenir une éruption comme confluente de plaques nouvelles, avec douleur vive, chaleur intense, tuméfaction des parties malades, quelquefois même gonflement général; puis enfin ces symptômes s'accompagner de phénomènes généraux, d'accélération du pouls, de céphalalgie, de nausées, etc. — Cette crise, qui le plus souvent exige l'emploi d'un traitement aniphlogistique actif, se termine au bout de quelques jours par une résolution plus ou moins complète; et souvent il a fallu plusieurs semaines pour voir revenir l'éruption squameuse à son état premier. Quelquefois l'inflammation accidentelle va plus loin encore, il se forme une véritable exsudation séreuse sur les plaques, exsudation qui détache les écailles. J'en ai cité un cas remarquable, dans le dernier numéro (page 99).

D...., maçon, âgé de 24 ans, d'une constitution assez forte, éprouva pendant les chaleurs de l'été une fièvre tierce, qui, après s'être reproduite trois fois, fut enfin arrêtée incomplètement par l'usage du sulfate de quinine. Mais pendant la dernière recrudescence de la fièvre, il apparut une éruption squameuse, qui présentait la forme du psoriasis diffusa.

Deux ans après, les plaques jusque-là stationnaires s'animèrent tout à coup, la peau devint chaude, et il se fit comme une éruption vésiculeuse sur les plaques, et l'on vit l'éruption squameuse prendre un nouvel aspect. Les écailles détachées, ou plutôt soulevées dans quelques points par une petite quantité de liquide épanché, se ramollissaient inégalement, et présentaient assez bien l'aspect des lamelles d'une certaine forme du pemphigus chronique.

Cet état aigu, accidentel, céda rapi à l'emploi des émollients, des acides, de quelques laxatifs légers et des bains.

Cette espèce de complication, cette acuité survenue au milieu de l'état chronique habituel du psoriasis, est chose assez rare: c'est un accident dont les résultat sont tout à fait différents, suivant l'époque de la maladie à laquelle il se présente. Ainsi quand il surprend le psoriasis au milieu de ses progrès d'envahissement, ou mieux, dans cet état stationnaire qui peut durer plusieurs années, souvent cet accident est favorable : il imprime à l'éruption une activité favorable à la résolution. Mais quelquefois il survient, au contraire, au moment où la maladie semble toucher à une guérison complète, et c'est un accident fâcheux qui remet tout en question.

Enfin, il y a des circonstances dans lesquelles ce passage momentané à un état aigu n'est plus accidentel, et revient périodiquement, et quelquefois avec une régularité marquée : ces cas sont d'ailleurs très rares J'en ai vu un entre autres, très remarquable, chez un savant distingué, qui était atteint d'un psoriasis invétéré général depuis un grand nombre d'années. A des intervalles qui allaient toujours en se rapprochant, la peau tout entière devenait le siège d'un gonflement avec rougeur et production plus abondante d'écailles ; il y avait du malaise, souvent un mouvement fébrile; les premiers jours, impossibilité presque complète de se mouvoir, et la durée de la crise variait de trois semaines à un mois ; puis le malade

revenait peu à peu à ce qui était devenu depuis bien des années son état normal, état qui était déjà bien grave. Ainsi les membres, surtout aux environs des articulations, les mains, étaient comme encaissés dans une enveloppe squameuse, avec un épaisissement tel de la peau, que depuis longtemps le malade ne pouvait faire de mouvement qu'après s'être fait oindre avec un corps gras, assez longtemps pour macérer cette enveloppe comme parcheminée. Du reste, les articulations étaient gonflées, les doigts déformés, la colonne vertébrale incurvée depuis longtemps déjà. Lors des crises, toute la peau, même celle du visage, se recouvrait d'une éruption squameuse. Eh bien! cet état si fâcheux en apparence qui persistait depuis plus de vingt ans, s'alliait à la meilleure santé, qui dans les derniers temps seulement subit quelques atteintes : le malade éprouva entre autres de la dyspnée, des catarrhes pulmonaires, de l'ascite, etc. J'ai fini par le perdre de vue, je sais seulement qu'il a succombé, mais j'ignore à la suite de quels accidents.

Les affections squameuses débutent ordinairement sur les membres, pour s'étendre de là sur le tronc, et ainsi devenir de plus en plus générales, à moins que, ce qui est plus rare, elles ne restent fixées à un siège limité. Sur cinquante observations prises au hasard, l'éruption était générale vingt-deux fois. Elle occupait les membres seulement quatorze fois; elle n'existait qu'au tronc, six fois; aux articulations, cinq fois; au cuir chevelu, trois fois.

Dans quelques circonstances, le siège est plus limité encore. Ainsi le psoriasis peut occuper exclusivement la paume des mains et la plante des pieds. La lèpre peut être fixée aux régions dorsales des mêmes parties, et au contraire, quand l'éruption est très étendue, pour ainsi dire générale, le figure et la paume des mains en sont presque toujours exemptes. J'ai vu le psoriasis limité aux lèvres, au prépuce, aux paupières. Quand l'éruption n'est pas générale, certains sièges semblent réservés particulièrement à certaines formes; ainsi le cuir chevelu, les régions articulaires, seront affectés surtout par la lèpre, le visage et les bras par le psoriasis guttata; c'est au tronc que l'on verra principalement le psoriasis gyrata; la continuité des membres présente presque toujours les psoriasis diffusa et inveterata. Enfin, quand l'éruption est générale, elle laisse toujours voir un grand nombre de points, dans les intervalles où la peau est restée saine, excepté dans les cas rares dont je parlais tout à l'heure, où l'éruption, entretenue par des crises régulières, occupe, au moins pendant les crises, toute la surface du corps, sans interruption.

D'un autre côté, si limitée que soit l'éruption principale, il est rare qu'il n'apparaisse pas çà et là dans des points souvent très éloignés quelques plaques de la même maladie.

Le psoriasis est plus fréquent que la lèpre dans la proportion de trente-trois sur cinquante. L'un et l'autre ils apparaissent à tous les âges, mais à beaucoup près dans des proportions différentes : ainsi il est très rare de voir une éruption squameuse se manifester pour la première fois après cinquante ans. Il est plus ordinaire de l'observer dans l'enfance, mais c'est de quinze à vingt-cinq ans qu'on l'observe le plus souvent. Sur cinquante malades, le psoriasis et la lèpre ont paru 23 fois, de quinze à vingt ans; 20 fois, de vingt à trente; 5 fois de trente à quarante, 2 fois passé quarante ans.

Du reste, c'est surtout le psoriasis que l'on trouve chez les vieillards.

Le sexe ne paraît avoir aucune influence sur le développement de ces éruptions, qui semblent favorisées d'ailleurs par un tempérament lymphatique.

Le psoriasis et la lèpre ne sont pas contagieux : c'est un point très important sous plusieurs rapports, et surtout au point de vue de la confusion que l'on a faite de ces affections squameuses avec la *teigne*, quand elles sont fixées au cuir chevelu.

Déjà je me suis étendu dans le précédent article sur la nature de ces affections qui traduisent un état particulier, constitutionnel de la peau, le plus souvent héréditaire, quelquefois acquis. Aussi comprend-on que leurs causes soient généralement méconnues. Sur cinquante cas de psoriasis et de lèpre, six fois nous avons trouvé des raisons probables de croire à l'hérédité; six fois elles ont semblé avoir été déterminées par des influences accidentelles capables de modifier profondément la peau, par la variole, par des fièvres intermittentes. Trois fois elles ont été attribuées à l'ivrognerie, sept fois à l'humidité, vingt-huit fois il a été impossible de saisir

une cause probable, même occasionnelle.

Parmi ces dernières, les auteurs ont surtout signalé l'ingestion de certains aliments, de certains poisons, l'influence de certaines professions, dans lesquelles la peau est en contact constant avec des substances pulvérulentes, des boulangers, par exemple, etc. Pour m'en tenir à mon expérience personnelle, je n'ai jamais constaté la valeur de la première, et la seconde, qui se présente très fréquemment dans l'étiologie des maladies de la peau, m'a toujours paru déterminer l'eczéma et surtout le lichen. Enfin on a signalé souvent l'humidité ; j'ai observé plusieurs cas dans lesquels elle semble avoir eu une influence évidente comme cause occasionelle. Il est remarquable que la maladie débutait alors sur les points du corps qui sont le plus exposés à l'humidité, pour s'étendre à de plus ou moins larges surfaces.

Louis, âgé de 16 ans, à cheveux blond-roux, travaillant habituellement au déchirage des bateaux, et par conséquent ayant les jambes presque toujours plongées dans l'eau, vit, dans l'été, survenir sur ces points quelques très petites plaques rosées et furfuracées, principe de la maladie actuelle, à la suite d'un séjour prolongé dans une eau corrompue et croupie. Ces plaques s'étendirent peu à peu sur les membres inférieurs, sur le tronc où elles furent toujours fort rares, et sur les membres supérieurs, sans aucun prurit ni aucune sensation douloureuse. Aucun traitement ne fut employé ; la maladie continua lentement ses progrès, et le malade entra à l'hôpital, dix-huit mois après l'invasion.

Les membres inférieurs étaient couverts de plaques nombreuses, surmontées de squames minces, blanchâtres, ou de petites écailles furfuracées, assez adhérentes, arrondies, les unes discrètes, les autres réunies et confondues en plaques d'une étendue assez considérable, irrégulièrement arrondies. Plusieurs, assez petites, étaient disposées sur une ligne circulaire, embrassant autour d'elles une portion de peau saine. Les pieds étaient exempts de cette affection. Le tronc en présentait quelques traces peu nombreuses, le long de sa partie postérieure. On voyait plusieurs plaques aux avant-bras.

Pendant une quinzaine de jours on se borna à l'usage de l'eau de veau, avec addition de 8 grammes de sulfate de soude pour boisson.

On se proposait de tenter ensuite l'emploi de l'arséniate d'ammoniaque en solution à l'intérieur ; mais le malade voulut sortir avant qu'on eût commencé le traitement.

B., blanchisseur, âgé de 21 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, très bien dessiné, à peau blanche, fine, à cheveux noirs ; exposé souvent à l'humidité, ayant les bras dans l'eau, éprouva au mois de février 1830, une éruption légère de plaques rouges, plates, sur l'*avant-bras gauche*. Bientôt elle s'étendit, se répandit sur le bras, sur le tronc, et, de proche en proche, sur toute l'enveloppe tégumentaire. Ces plaques se couvrirent de squames légères, blanches, adhérentes ; elles n'excitaient aucun prurit ni aucun trouble général. Quand B. vint à l'hopital Saint-Louis, l'éruption, dont toute la peau était couverte, présentait les caractères du *psoriasis diffusa*. Quelques unes des plaques étaient petites, peu étendues ; d'autres étaient plus larges, plus irrégulières, mais distinctes. Les organes digestifs étaient dans l'état normal. B. fut mis immédiatement à l'usage de la solution d'arséniate d'ammoniaque à la dose d'un seizième de grain. Il supporta ce moyen sans ressentir aucun trouble. Dès la première semaine, les plaques perdirent leur couleur rouge, elles s'affaiblirent ; les squames se détachèrent et ne se remontrèrent point. Les progrès étaient plus marqués la seconde semaine. Au 30e jour, la plupart des grandes plaques ne présentaient que la coloration qui était la trace de leur existence. Les petites étaient encore un peu saillantes. Il sortit au bout de six semaines entièrement guéri.

Les professions qui m'ont paru avoir le plus d'influence sur le développement des affections squameuses, sont toutes celles dans lesquelles les individus sont exposés à une grande chaleur, les lamineurs, les fondeurs, les maréchaux, etc.

S., maréchal, âgé de 40 ans, d'une constitution assez forte, à peau brune, à cheveux noirs, un peu adonné aux excès de vin, travaillant à la forge, et exposé habituellement à une grande chaleur, éprouva une éruption aux poignets, éruption qui, dans le principe, avait une apparence assez aiguë pour la faire regarder comme une brûlure. Elle s'étendit bientôt sur les bras, le tronc et les membres inférieurs, par plaques irrégulières : les unes très larges, très étendues ; les autres plus bornées, couvertes de squames blanches, adhérentes, épaisses sur quelques points par leur juxtaposition. Cette maladie durait depuis dix ans, et comme elle n'occasionnait aucune incommodité, on n'avait rien fait pour la combattre

Lorsque S. entra à l'hôpital Saint-Louis, il présentait sur différents points de la surface du corps une éruption dont les caractères étaient ceux du *psoriasis diffusa*; les organes digestifs étaient d'ailleurs dans l'état normal; sa constitution était saine. Après deux ou trois semaines de repos et de l'emploi de quelques moyens généraux, il commença la solution d'arséniate d'ammoniaque. Le traitement fut continué avec de nombreuses interruptions, pendant six mois, après lesquels S. sortit dans un état de guérison incomplète.

En résumé, les affections squameuses trahissent, je le répète, un état particulier, constitutionnel de la peau, état qui peut être héréditaire ou acquis, et dont les causes réelles sont encore inconnues.

Parmi les nombreuses formes de maladies de la peau, les éruptions squameuses comme on le voit, se présentent avec des caractères assez tranchés pour qu'il soit difficile de les confondre. Aussi sont-elles alors rarement méconnues.

J'ai vu le plus ordinairement la lèpre et le psoriasis, non-seulement se développer chez des individus jeunes, vigoureux, bien portants, mais encore persister un grand nombre d'années sans altérer la santé d'une manière notable, alors même qu'elles révélaient les formes les plus graves. Le psoriasis est relativement une affection plus fâcheuse que la lèpre. C'est sous la première de ces deux formes que l'on voit l'éruption squameuse persister le plus longtemps, et acquérir l'intensité grave que j'ai signalée.

J'ai dit déjà que la gravité réelle de la lèpre et du psoriasis consistait surtout dans l'opiniâtreté avec laquelle ces maladies résistent aux nombreux moyens employés pour les combattre, et dans la facilité avec laquelle on les voit récidiver, facilité qui les a fait regarder par quelques médecins comme incurables. J'examinerai dans un prochain article les divers traitements proposés contre ces affections, et surtout ceux auxquels on peut avoir recours avec le plus de chances de succès.

NOTE SUR LES DOULEURS URÉTHRALES SUITE DE BLENNORRHAGIE, ET SUR LEUR TRAITEMENT PAR LA COMPRESSION DE LA VERGE.

Plusieurs organes ou parties d'organes peuvent conserver à la suite de la blennorrhagie une exagération de la sensibilité qui s'élève quelquefois jusqu'au degré d'une douleur assez vive et même excessive. Le siège habituel de cette douleur est dans la prostate, le col de la vessie, et plus souvent encore dans l'urèthre. C'est de celle qui siège dans ce dernier organe que je m'occuperai exclusivement ici, dans le but principalement de faire connaître un moyen bien simple de traitement que M. Vidal met depuis quelque temps en usage, et dont il a obtenu quelques bons résultats. Cependant, avant d'en venir à ce moyen, je ferai quelques brèves remarques sur l'histoire de la douleur en question.

Les causes de cette douleur, de même que les circonstances particulières dans lesquelles elle se développe, ne sont pas toujours faciles à apprécier : l'intensité primitive de la blennorrhagie, ses diverses complications, qu'elles aient lieu soit sur des organes voisins, soit sur des organes éloignés, l'age et le tempérament des malades, toutes conditions auxquelles les auteurs ont accordé plus ou moins d'influence sur sa production, n'ont qu'une action fort problématique, et dans mon opinion à peu près nulle; il y a cependant une exception à faire en faveur des individus très excitables qui me semblent par la disposition de leur constitution, être beaucoup plus souvent que les autres affectés de cet accident. Mais une condition d'une influence beaucoup plus positive est celle de l'hygiène observée par le malade pendant le cours de sa blennorrhagie. On peut affirmer à l'honneur de la thérapeutique, que les douleurs de l'urèthre ne se manifestent que très rarement chez les malades qui sont soumis scrupuleusement à un traitement régulier, et qui, par dessus tout, ont gardé le repos pendant un temps suffisant. Malheureusement il est très difficile en ville d'obtenir des malades une grande docilité, surtout en ce qui concerne le repos, attendu que la plupart ne veulent pas interrompre leurs affaires et même assez souvent leurs plaisirs, pour une affection en apparence très légère, et qui ne semble d'abord porter aucune atteinte à la santé générale. Cependant quelques uns, par une prédisposition évidente bien remarquable, mais que rien souvent ne trahit à l'extérieur, se soumettent avec la plus grande exactitude aux prescriptions les mieux dirigées, et ne peuvent échapper à cet accident. Je citerai en-

tre autres exemples celui d'un homme de 25 ans qui entra dans le service de M. Vidal au commencement de l'année et au début d'une blennorrhagie. Cet homme, qui avait été spécialement recommandé, était fort raisonnable; il avait le plus grand désir de guérir, et suivait de point en point le traitement qui lui était prescrit; il était assez robuste, point nerveux, d'une excellente santé habituelle, et n'avait jamais eu d'autre affection syphilitique. Malgré la réunion de conditions en apparence si favorables, les douleurs qu'il avait éprouvées dès le début dans le canal de l'urèthre, persistèrent pendant cinq mois, et il s'en ressentait encore par moments, quand après ce laps de temps il quitta l'hôpital. Tous les moyens conseillés en pareil cas, moins les vésicatoires et la compression, furent épuisés en vain chez lui. Les cas de ce genre sont heureusement fort rares. Non seulement les douleurs ne se manifestent ordinairement que dans des conditions opposées, mais encore il arrive assez fréquemment qu'elles sont provoquées momentanément par des excès de régime ou de travail quand elles n'existent pas d'une manière permanente. Les mêmes circonstances qui donnent lieu aux douleurs uréthrales ou qui les entretiennent s'opposent à la guérison de l'écoulement; aussi est-il fréquent de les voir coïncider avec des écoulements de longue durée; mais il ne faudrait pas induire de cette coïncidence que c'est la persistance de l'écoulement lui-même qui les produit; ce serait préjuger la solution d'une question encore à résoudre. Les injections uréthrales astringentes ont-elles une influence sur la production de ces douleurs? Il serait au moins hasardeux de se prononcer à ce sujet; on verra, dans l'une des observations que je vais rapporter, ce mode de traitement être suivi d'une exaspération permanente des douleurs.

Le méat et la fosse naviculaire sont les endroits où elles s'établissent de préférence; la portion post-scrotale de l'urèthre en est aussi fréquemment atteinte; plus rarement elles occupent toute la longueur du canal; il semble que sa partie moyenne ait peu de tendance à subir ce mode pathologique, car les deux extrémités sont souvent affectées pendant qu'elle reste tout à fait normale. Les douleurs tantôt, et c'est le plus ordinaire, se font sentir d'une manière permanente, tantôt n'existent qu'après le coït ou pendant la miction, ou à la suite d'excès quelconques. Leur intensité différente produit naturellement des effets différents chez les malades qui en sont atteints; mais à un degré d'intensité médiocre et à peu près égal, on observe d'énormes variations dans la facilité avec laquelle elles sont supportées : tel malade y fait à peine attention, tel autre en est tourmenté au dernier point et en fait l'objet de plaintes incessantes; mais ceux de cette dernière catégorie sont à beaucoup près les plus nombreux; en sorte que c'est une chose importante dans la pratique de pouvoir combattre avantageusement ces douleurs.

Les moyens que les auteurs ont proposés dans ce but sont nombreux mais ne possèdent pas tous des vertus également incontestables. Les plus efficaces consistent dans des applications de sangsues plusieurs fois répétées sur le trajet du canal, et spécialement sur les points douloureux, et en topiques calmants dont les meilleurs sont les cataplasmes laudanisés et la pommade de belladone avec ou sans mélange d'onguent mercuriel; pour obtenir de ces moyens tous les bons résultats qu'on peut en espérer, il est important de leur adjoindre le repos général et local, condition sans laquelle ils deviennent souvent insuffisants et quelquefois complètement inutiles. On ne saurait trop recommander aux malades d'observer le plus exactement possible cette partie du traitement, qu'ils sont toujours très enclins à négliger. On peut encore employer contre les douleurs uréthrales plusieurs autres moyens soit à l'intérieur, soit à l'extérieur : les premiers n'ont presque jamais aucune efficacité, et, parmi les seconds, les injections laudanisées et les vésicatoires sur le trajet de la douleur sont les seuls dont on ait obtenu quelques bons résultats; les vésicatoires sont même, d'après beaucoup d'auteurs, supérieurs à tous les autres médicaments; mais ils sont si désagréables à employer, que beaucoup de malades y répugnent, et qu'on n'y a guère recours qu'en désespoir de cause. Le procédé que M. Vidal met en usage est extrêmement simple, et lui a été suggéré par ce fait que plusieurs malades affectés de douleurs sur quelque point de l'urèthre font cesser momentanément la douleur en comprimant la partie malade. On pouvait, d'après ce fait, espérer qu'en prolongeant suffisamment la compression, non seulement

on empêcherait la douleur pendant le temps qu'elle serait exercée, mais encore qu'on finirait par détruire la manière d'être morbide des tissus, par changer, si l'on veut, leur mode de vitalité, et empêcher ainsi la douleur de se reproduire après que la compression serait enlevée. Je vais rapporter, pris entre plusieurs, deux faits qui prouvent que cet espoir était fondé. Mais avant je vais dire quelques mots sur les cas dans lesquels la compression paraît surtout indiquée d'après les faits qui ont passé sous mes yeux, afin qu'on ne puisse pas croire que je veux faire de la compression un remède à tous les maux.

En général, on ne doit espérer faire cesser les douleurs de l'urèthre par la compression que lorsqu'elles seront localisées à la partie de la verge qui se trouve au devant des bourses, la seule qui puisse être efficacement comprimée; ce n'est cependant pas une raison pour s'abstenir de la compression dans les cas opposés, parce que dans ce cas même la compression parvient souvent à faire disparaître les douleurs de la partie antérieure et quelquefois à diminuer, par sympathie ou autrement, celles de la partie postérieure.

Bien qu'aucune tentative n'ait, à ma connaissance, été faite dans ce sens, je ne pense pas que la compression puisse être avantageuse dans les douleurs uréthrales qui accompagnent la blennorrhagie aiguë, ni en général dans aucune affection inflammatoire de cette forme.

Enfin il sera toujours, ou au moins dans la grande majorité des cas, utile de faire précéder la compression d'une ou de plusieurs évacuations sanguines locales.

La compression fera presque toujours disparaître les douleurs qui offrent ce caractère spécial d'être soulagées par la pression de la verge entre les doigts, mais elle réussira encore assez souvent dans les autres.

Le procédé opératoire pour l'établir est tellement simple qu'il est à peine utile de l'indiquer. On prend une longue bande de diachylon d'un centimètre, et on l'enroule autour de la verge à la manière d'une bande ordinaire, en commençant par le gland; on l'applique plus exactement encore en prenant une foule de petites bandelettes, dont chacune n'entoure qu'une fois l'organe et dont les deux extrémités s'entrecroisent sur l'urèthre pour la solidité du pansement.

La seule chose à laquelle il faille avoir égard, c'est le degré de compression; il faut qu'il soit aussi grand que possible, sans, toutefois, qu'il empêche le malade d'uriner, ce qui le forcerait à défaire le pansement. La compression sera continuée aussi longtemps que possible après la cessation des douleurs, pour éviter les récidives.

Observation I. — Chat...., âgé de vingt-sept ans, maréchal ferrant, célibataire, d'une taille ordinaire, ayant les yeux bruns, les cheveux noirs, la peau blanche, le tissu cellulaire et adipeux médiocrement développé, est entré le 12 octobre 1848 à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 38, service de M. Vidal.

Il y a trois ans, ce malade, n'ayant jamais eu auparavant d'autre affection vénérienne, contracta une blennorrhagie qui fut accompagnée, seulement au début, d'une douleur légère en urinant; l'écoulement dura au moins six semaines, et cessa ensuite pendant un mois. Après cette époque, le malade ayant fait quelques excès de femmes et de boisson, l'écoulement reparut, mais seulement sous forme d'une goutte qui se manifestait chaque matin à l'extrémité du canal de l'urèthre. Cet état persista, avec des alternatives d'augmentation et de diminution, pendant environ dix-huit mois, après lesquels il ne sortit plus que quelques filaments blanchâtres, à moins que le malade ne se livrât à quelque excès, circonstance qui provoquait presque immanquablement, pendant trois ou quatre jours, la réapparition de quelques gouttes de liquide jaune verdâtre. Vers l'époque où l'écoulement cessa, il commença à se manifester des élancements dans le canal de l'urèthre, où toute douleur avait depuis longtemps cessé : ces élancements avaient lieu habituellement une douzaine de fois le jour, très rarement la nuit; ils devenaient beaucoup plus fréquents et plus intenses lorsque le malade travaillait beaucoup ou faisait quelque excès de femmes ou de table. Dans l'état d'érection, ils étaient presque continuels; ils n'avaient pas lieu lorsque le malade urinait. L'excrétion des urines a toujours été normale; à aucune époque il n'y a eu d'hématurie.

Il y a huit mois, le malade prit des pilules pendant environ un mois, puis une douzaine de bains; il crut éprouver une légère amélioration à la suite des bains seulement. Il n'a pas fait d'autre traitement.

Etat actuel, le 13 octobre.— Les élancements se renouvellent un grand nombre de fois par jour, et durent chaque fois de quelques secondes

à une, deux ou trois minutes. Ils occupent toute la longueur du canal, mais ils sont beaucoup plus forts au niveau du gland que partout ailleurs; la mixtion ne les provoque pas. L'état général est excellent.

Jusqu'au 16 on ne fait rien et les douleurs conservent le même caractère. Le 16 on applique la compression depuis l'extrémité du gland jusqu'à la racine des bourses. Les élancements vont graduellement en diminuant dans la partie comprimée et cessent entièrement le 23. On enlève la compression, mais au bout de quatre jours elles reviennent, quoique à un degré moins intense; on rétablit la compression, et elles disparaissent de nouveau au bout de deux jours. Après leur disparition, on maintient la compression pendant cinq jours (jusqu'au 3 novembre); on l'enlève ensuite, et aujourd'hui 6 elles n'ont pas reparu. Celles qui siégeaient en arrière des bourses existent encore, mais à un degré beaucoup moindre. On va les traiter par les évacuations sanguines locales et les émollients. Le régime du malade a été d'abord de 3 cinquièmes, puis de 4 cinquièmes de portion.

Remarques. — On peut voir dans l'histoire de ce malade la confirmation de ce que j'ai dit plus haut sur l'influence du genre de vie dans la production des douleurs uréthrales. Ces douleurs ont commencé par n'exister que lors des excès auxquels se livrait quelquefois le malade; puis elles sont devenues permanentes. La récidive de la blennorrhagie semble aussi reconnaître pour cause un écart de régime, selon la règle la plus habituelle. A mesure que nous approfondirons davantage l'histoire de la blennorrhagie et de ses suites ou complications, nous aurons plus d'une fois l'occasion de nous convaincre que cette affection est une de celles qui ressentent le plus vivement l'influence de la diététique, une de celles dans lesquelles le médecin n'obtiendra presque jamais que des succès éphémères, s'il n'associe une hygiène bien entendue à sa thérapeutique. L'observation qui précède fait voir aussi qu'il ne faut pas se hâter d'enlever la compression dès que les douleurs ont cessé, si l'on veut éviter les récidives. Enfin elle démontre encore que le moyen thérapeutique que nous étudions peut amender les douleurs qui siègent hors des points où il est appliqué. L'observation suivante nous fournira une nouvelle preuve de ces vérités, et nous présentera en même temps un point intéressant dans l'histoire de la blennorrhagie.

Observation II. — B.... (Hippolyte), âgé de vingt et un ans, journalier à la campagne, célibataire, ayant les cheveux blonds, les yeux bleus, la peau blanche, musculation bien développée, peu d'embonpoint, de petite taille, est entré à l'hôpital du Midi, salle 10e, n° 25, service de M. Vidal, le 9 octobre 1843.

Cet homme, d'un tempérament irritable, d'une intelligence développée, donne sur ses antécédents les détails suivants, dont la précision prouvera avec quel soin il veille sur sa santé.

Le 25 août 1840, le malade alla se promener à la ville voisine, et eut des rapports avec une femme publique. Cinq jours plus tard, il éprouva en arrière des bourses une douleur assez légère, mais qui devenait extrêmement vive lorsqu'il urinait; les besoins d'uriner se faisaient sentir jusqu'à quarante fois par jour, et même plus. Dans les intervalles des mixtions, aucun suintement n'avait lieu par le canal. Le malade s'observait avec le plus grand soin; jamais sa chemise ne fut tachée. Les douleurs s'étendirent bientôt jusqu'au gland, et persistèrent presque au même degré pendant six semaines; puis elles se calmèrent pendant trois ou quatre mois sans cesser entièrement, s'exaspérèrent de nouveau, et ainsi de suite pendant quinze mois. Six semaines après le début de la maladie il consulta un pharmacien qui lui fit prendre des tisanes et des bains locaux. Il cessa ce traitement au bout de quatre semaines; mais il garda toujours, pendant les quinze premiers mois, un régime sévère. Au bout de ce temps, ayant consulté un autre médecin, celui-ci lui dit qu'il n'avait qu'à s'amuser un peu pour se distraire. Le dimanche suivant, il fit un excès de boisson avec quelques uns de ses amis, et deux jours après, sans avoir vu aucune femme, il s'aperçut d'une goutte de matière jaunâtre au méat; les douleurs en même temps éprouvèrent une légère augmentation. Depuis cette époque, l'écoulement a toujours persisté au même degré, restant quelquefois trois ou quatre jours sans paraître, et éprouvant une légère augmentation (c'est à dire fournissant quatre ou cinq gouttes par jour) chaque fois que le malade se livre à un excès de boisson ou de travail. Dans l'été, la goutte apparaît vers midi; le méat est sec le matin et le soir. Depuis que l'écoulement est apparu, le malade a exercé le coït deux fois : la première avec une femme publique qui, selon lui, était très malade; la seconde avec une fille de son pays qu'il croit très saine. Il n'a rien contracté

dans le premier coït, ni rien donné dans le second. Au mois de mai dernier, il consulta un troisième médecin qui, après lui avoir fait prendre inutilement divers remèdes, lui conseilla de faire des injections avec de l'eau ferrée prise dans une auge de forgeron. A peine avait-il fait trois ou quatre de ces injections, que les douleurs s'exaspérèrent au point que le malade se couchait sur la terre chaque fois qu'il voulait uriner; l'urine n'était expulsée qu'avec les plus grandes difficultés, et était surmontée de petites pellicules blanchâtres, que le malade compare avec beaucoup de justesse à de la *fleur* de vin. Les douleurs persistèrent ainsi pendant six semaines, malgré la suspension des injections; l'écoulement n'éprouva aucune modification. Il prit pendant cinq semaines de la tisane, puis alla consulter un autre médecin le 28 juillet dernier. Celui-ci lui fit appliquer vingt sangsues au périnée en deux fois, et prescrivit à l'intérieur, pendant deux mois, différents moyens qui n'eurent aucune influence sur les douleurs ni sur l'écoulement. C'est alors que le malade demanda à entrer à l'hôpital.

Il serait inutile de décrire plus longuement l'état dans lequel il était; j'ajouterai seulement que, dans la portion de canal intermédiaire au gland et au périnée, la douleur était beaucoup moins vive que dans ces deux points, et que l'écoulement consiste en une goutte de liquide roussâtre, à peine louche, qui se manifeste le matin et manque quelquefois.

Dès le 10 octobre on appliqua la compression jusqu'à la racine des bourses; au bout de trois jours la douleur était presque nulle dans toute la portion comprimée, et un peu moindre ailleurs. Au bout de huit jours la compression est suspendue; la douleur a cessé tout le long de la verge, mais elle persiste, un peu améliorée, au périnée. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui (6 novembre) la douleur n'a pas reparu dans les points où la compression a été appliquée, mais elle persiste encore au périnée, malgré deux applications de vingt sangsues, des cataplasmes émollients, et un régime à 2 cinquièmes de portion. Les antiblennorrhagiques n'ont point encore été employés.

Remarques. — Je ne répèterai pas ici les remarques que j'ai faites à propos de l'observation précédente; je ferai seulement observer que les renseignements fournis par le malade, et sur lesquels il ne me paraît pas possible d'élever des doutes, prouvent qu'il a été affecté de ce que les auteurs ont appelé anciennement une blennorrhagie *érysipélateuse*, et plus récemment une *blennorrhagie sèche*. Cette dénomination offusque les oreilles de ceux qui attachent plus d'importance aux mots qu'aux choses; mais elle satisfait ceux qui sont dans le cas contraire, pourvu qu'elle exprime une vérité, comme c'est ici le cas.

J'aurais rapporté, si la chose m'avait paru nécessaire, quelques faits dans lesquels la douleur de l'urèthre était bornée à la portion balanique de ce canal, et qui ont été entièrement guéris par la compression; mais je pense que ceux qui précèdent suffiraient pour attirer l'attention des praticiens sur ce nouveau mode de traitement.

H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU XVIII^e^ SIÈCLE.

(Premier Article).

H. BOERHAAVE. — J. ASTRUC.

Pendant les deux siècles que nous avons déjà parcourus, l'histoire de la syphilis n'avait été, pour ainsi dire, qu'ébauchée par les auteurs qui avaient travaillé à cette œuvre difficile et laborieuse. Préoccupés surtout de la cause et du traitement de la maladie vénérienne, les syphilographes n'avaient presque rien pu faire pour élucider le diagnostic des différentes formes qu'elle pouvait revêtir; ainsi, depuis deux cents ans que l'on parlait de l'ulcération vénérienne, nul n'en avait encore défini rigoureusement les caractères pathognomoniques; ainsi les théories sur la gonorrhée se présentaient encore à l'état d'hypothèses plus ou moins ingénieuses. En résumé, si cette branche intéressante de la pathologie

s'était enrichie de quelques conquêtes de détail, si presque toutes les questions qui se rattachent à l'origine, au principe, à la marche de la syphilis, avaient été abordées et discutées, si enfin presque tout avait été dit au point de vue de l'étiologie et de la thérapeutique, il manquait encore à la théorie ce cachet pratique sans lequel elle ne peut pas commander les convictions; il manquait surtout aux diverses propositions éparses dans tant de monographies contradictoires un lien qui les coordonnât, qui en fît un tout; qui, imprimant à la science une forme didactique, permît enfin une étude rationnelle de cette maladie, tombée dans le domaine d'un empirisme effréné. On reste convaincu de cette vérité, quand, se frayant un chemin à travers cet amas d'écrits, matériaux apportés par le temps à la construction du type syphilitique, on veut trouver un sens précis à toutes les propositions éparses dans ces ouvrages; quand on cherche à formuler les essais théoriques qui semblaient renaître les uns des autres; quand on veut enfin rattacher à des types distincts et les points de doctrine, et les idées pratiques que l'on trouve disséminés dans cette longue période que nous avons déjà parcourue! Pour présenter un tableau complet, pour donner l'exacte mesure des progrès qu'avait faits la pathologie syphilitique, il aurait fallu faire l'analyse de tous les traités que deux siècles avaient fait éclore sur cette importante matière; mais ce travail dépassait les bornes que je me suis imposées; c'était d'ailleurs m'exposer à des redites inutiles, et dès lors, négligeant tout ce qui n'offrait pas un intérêt réel, j'ai dû ne m'occuper que des ouvrages qui résumaient une certaine somme d'idées faisant école, ou qui offraient des opinions complètement nouvelles. Si maintenant on se rappelle qu'à l'exception de quelques écrivains de la fin du dix-septième siècle, la plupart des syphilographes s'étaient bornés à des commentaires longs et diffus sur la nature même de la maladie vénérienne, ou à des discussions souvent passionnées sur les divers agents thérapeutiques avec lesquels il fallait la combattre; si l'on se rappelle enfin de quels obstacles devait être entourée pour eux l'étude de la syphilis au double point de vue et du mode d'action et de la forme, on devra d'une part comprendre qu'il était nécessaire d'esquisser à grands traits cette période que nous avons fait commencer à Paracelse pour finir à Musitano, et de l'autre apprécier ce que cette ère de pénibles labeurs avait laissé à faire au dix-huitième siècle. Constituer définitivement la spécialité syphilitique, définir et préciser la théorie du virus, réunir en un corps de doctrine complet tout ce que l'expérience avait appris sur la marche et sur la symptômatologie, enfin règlementer le traitement, telle était l'œuvre réservée à ce siècle dont je vais aborder l'histoire, à ce siècle si riche en noms illustres, qui devait voir avec Hunter l'apogée de la syphilographie, et avec Bell le démembrement de ce type syphilitique consacré par deux cents ans d'observation et de pratique.

Depuis Musitano l'attention des syphilographes semblait s'être portée de préférence sur les écoulements blennorrhagiques, comme s'ils prévoyaient déjà les luttes que devait soulever ce point si peu étudié avant eux de la pathologie. Littre, dans ses Observations (1), avait présenté des aperçus utiles sur la gonorrhée, qu'il divisait en simple et compliquée, et qu'il attribuait, cédant en cela aux idées encore en vigueur de son temps, à des acides sécrétés par les organes génitaux de la femme. Nous retrouverons la même prédilection dans H. Boerhaave, ce digne continuateur des idées de Sydenham, ce professeur dont l'enseignement fut une des gloires médicales du dix-huitième siècle.

H. Boerhaave a formulé ses idées sur la syphilis sous deux formes bien distinctes: sous la forme d'aphorismes, mais j'ai dû réserver ce point, important d'ailleurs, pour le moment où je parlerai de Van-Swieten; sous la forme de lettre, ou pour mieux dire de discours (2), et c'est sous ce dernier point de vue seulement que je vais examiner ici l'œuvre du médecin de Leyde.

Le livre de Boerhaave sur la maladie vénérienne se fait remarquer tout d'abord par une grande sobriété d'idées théoriques, et c'est une qualité dont il faut tenir compte à une époque où il était si facile et si fréquent d'abuser de l'hypothèse en matière de syphilis; sous ce rapport il rappelle l'ouvrage

(1) *Observations sur la gonorrhée.* — Août 1711. — Extraits des *Mémoires de l'Académie royale des sciences.*

(2) *Medicinæ cultoribus, H. Boerhaavus.* — *Præfatio Aphrodisiaci*, 1728.

de Fernel dont il se rapproche un peu d'ailleurs par le fond. En effet, les opinions de Boerhaave sur la contagion vénérienne sont la reproduction évidente de celles du médecin de Henri II ; comme lui il la comparait à celle qui résulterait de tout contact vénéneux : l'infection vénérienne devait être placée à côté de l'empoisonnement par la piqûre de l'aspic, par la morsure d'un chien enragé, par les miasmes de la variole, etc. On ne sait ce que l'on doit admirer le plus en lisant ces pages de Boerhaave, ou de l'éloquence avec laquelle il peint la contagion en général, ou du sentiment pratique qui lui a fait appliquer ces idées à la maladie vénérienne. Il n'appartenait qu'à un esprit réellement supérieur de redonner la vie à un principe rejeté si loin par les galénistes et par les chémiâtres; mais s'il y avait un mérite incontestable à proclamer une vérité, dont ces derniers surtout avaient fait un certificat d'ignorance, il est inconcevable qu'un homme comme Boerhaave n'ait plus songé qu'à formuler des propositions incompatibles avec cette vérité.

L'absorption du virus syphilitique était généralement admise alors ; les uns la plaçaient exclusivement dans le système veineux, les autres dans le système lymphatique ; Boerhaave affirma qu'elle se faisait par le tissu adipeux. Sans parler des raisons qui avaient pu le porter à admettre ce siège spécial, il suffit de faire observer que son opinion était en désaccord complet avec les idées qu'il professait tout à l'heure en matière de contagion. Mais il s'est bien autrement contredit lui-même quand il a admis la contamination progressive et pour ainsi dire partielle de l'organisme, quand il a posé avant tout le fait d'une maladie locale, préludant à la maladie générale par une série de symptômes soit primitifs, soit intermédiaires, qu'il a soumis à une classification méthodique. Il est difficile de comprendre, en effet, que cette succession constante et régulière d'accidents appelés locaux soit le résultat ou mieux l'expression d'une maladie agissant à la maniere des poisons ; et il faut bien avouer que sous ce rapport la science n'avait pas fait un pas depuis Fernel.

Quoi qu'il en soit, Boerhaave avait donc admis avant tout une affection locale, résultant seulement du contact, et il l'avait partagée tout d'abord en deux formes principales, l'ulcération et la gonorrhée. La matière vénéneuse, mise en contact avec les organes génitaux, y déterminait un chancre dont Boerhaave a étudié avec soin la formation et la marche : « Si l'on observe avec attention le point où la contagion s'est fixée d'abord, on voit une tache rougeâtre semblable à la pustule naissante de la variole, ou à une piqûre de puce. Ce point est le siège d'un prurit léger, d'une chaleur incommode, d'une sensation à peine douloureuse. Cette papule s'élève, soulève l'épiderme et forme une petite bulle.... Cette bulle peut dégénérer en un tubercule plein d'une matière flavescente qui s'ulcère.... » Boerhaave plaçait le siège du chancre dans le tissu cellulaire sous-cutané, et expliquait ainsi comment ce symptôme pouvait, dans certains cas, faire d'affreux ravages. Il a été conduit à décrire, comme une conséquence nécessaire de ce principe, la syphilide serpigineuse, et il en a donné un tableau parfait sans le ranger d'ailleurs soit parmi les symptômes primitifs, soit parmi les phénomènes secondaires : il pensait aussi que l'eschare produite par des moyens artificiels était toujours insidieuse, que le virus s'étendait alors en profondeur et pouvait produire une maladie plus grave. Il en concluait que la cautérisation, appliquée à l'ulcération syphilitique, était un mauvais moyen qu'il fallait repousser avec énergie (1). Il donnait cette leçon de pratique aux théoriciens, qui, alors comme aujourd'hui, croyaient, en se servant des caustiques, enrayer sur place l'action de la syphilis.

Boerhaave pensait encore que le gland était surtout exposé au chancre, en raison de sa susceptibilité nerveuse qui le rendait facilement accessible à l'infection spécifique. Cette prédisposition lui était commune avec toutes les muqueuses, qui étaient plus fréquemment affectées que la peau. Il assignait enfin dans ces deux cas un caractère particulier à l'ulcération ; dans le premier elle était plus douloureuse, mais elle était plus opiniâtre dans le second. Quant aux signes qui pouvaient faire reconnaître l'ulcération vénérienne, Boerhaave, on peut le croire, les a pressentis, car il a parlé de cette couleur grisâtre de l'ulcère, couleur signalée déjà et comparée à celle

(1) *Undè calamitosissimus hodiè usus dammandus seriò, dum medici ulcuscula hæc lapide infernali, vitrioli aquâ, etc.... superficie tenus tangunt..... Undècreberrimè natam postèa luem vidi.* (Loco citato.)

de l'œil de perdrix; il a signalé aussi un luisant particulier des tissus environnants, et l'empreinte livide que l'ulcération laisse après elle.

Il conseillait dans la plupart des cas des fomentations avec le vin et le miel, des applications émollientes de toutes sortes, et à la fin du traitement des topiques légèrement mercuriels. En général, tant que l'ulcère était borné aux parties génitales, il fallait n'avoir recours qu'à des moyens émollients, ou légèrement toniques; mais si l'ulcération avait envahi la gorge, les amygdales, alors il fallait en appeler à la salivation. Cette doctrine était, comme on le voit, une conséquence nécessaire de la théorie de la localisation, théorie que l'expérience et l'observation avaient été jusque là impuissantes à détruire.

De même qu'il avait admis plusieurs degrés de gravité de l'ulcération, Boerhaave avait divisé la gonorrhée en plusieurs espèces différentes d'intensité, selon le siège qu'elles occupaient; la première avait lieu quand la matière vénérienne s'était fixée dans les cellules du corps spongieux du gland; Boerhaave croyait alors qu'il y avait une ulcération intérieure, qui se trahissait par une transsudation de pus à travers le gland lui-même, soit spontanément, soit quand on le pressait avec les doigts. Cette gonorrhée, que l'on pourrait appeler superficielle, répondait à la balanite moderne; elle était la moins grave, et n'exigeait que des ablutions répétées avec du miel et du vin, ou de l'eau vinaigrée; des cataplasmes émollients ou légèrement antiseptiques, le repos; un régime adoucissant; quelquefois de légers purgatifs. A propos de cette forme, Boerhaave signale un fait pratique dont l'importance doit être surtout appréciée aujourd'hui que l'on voudrait faire considérer la blennorrhagie comme une affection simple: il dit que des gonorrhées parfaitement guéries ont pu reparaître plusieurs fois par suite de recrudescences causées par des écarts de régime(1).

La seconde forme de gonorrhée se manifestait quand le virus, traversant les pores du gland, pénétrait jusqu'à la membrane celluleuse qui entoure la partie supérieure de l'urèthre; cette membrane s'ulcérait et le pus, résultat de l'ulcère, s'écoulait par l'orifice uréthral, soit par stillation incessante, soit quand on pressait la partie inférieure de la verge. Si le virus pénétrait jusqu'aux glandes de Cowper, il y avait alors une troisième espèce de gonorrhée, compliquée d'ulcérations, d'abcès fistuleux, etc., pouvant faire craindre une infection générale, et demandant le traitement par la salivation. Le virus pouvait pénétrer jusqu'aux prostates, et déterminer une quatrième espèce de gonorrhée beaucoup plus grave, puisqu'elle était accompagnée de tumeurs du périnée, de rétentions d'urine très fâcheuses, d'ulcérations et de suppurations incurables, quelquefois d'impossibilité de sonder le malade, etc.

Si enfin le virus pénétrait jusqu'aux glandes séminales décrites par l'irréfragable Morgagni, on avait affaire au dernier degré de la gonorrhée; elle pouvait déterminer les accidents les plus sérieux. Les trois dernières formes de la gonorrhée devaient être combattues par un traitement complet.

La vérole générale se traduisait par des taches à la peau, par des ulcérations aux lèvres, à la langue, au palais, aux amygdales, au pharynx, à la membrane pituitaire; par des douleurs crâniennes, par des tumeurs tophoïdes, etc. Cette partie de l'ouvrage de Boerhaave ne renferme que des indications purement nominatives; il n'y a aucun caractère précis qui puisse servir à l'histoire de la syphilis sous le rapport de la marche et du diagnostic, et le professeur de Leyde ne signale ces symptômes que pour arriver au traitement qui devenait alors général comme la maladie elle-même.

Boerhaave procédait sur ce point du principe qui faisait considérer le virus comme un corps étranger, ayant dans l'économie une existence indépendante, et pouvant être expulsé par une puissance quelconque d'élimination: aussi disait-il qu'il fallait, pour obtenir un résultat complet, déterger jusqu'à la dernière parcelle du virus, puisque le plus petit résidu pouvait devenir la cause d'une récidive. Il en concluait qu'une guérison n'était complète que quand toutes les humeurs avaient été expulsées du corps(1).

(1) *Imo sanatas jamjam gonorrheas, unico incitatæ libidinis impetu actutum recruduisse; novamque denuo sanationem de integro exegisse.* (Loc. cit.)

(1) *Nisi tamdiù protrahatur ipsa curatio donec antiqui humores omnino de corpore migraverint.*

Le mercure pouvait seul remplir cette indication, mais il fallait alors pousser la salivation jusqu'à ses dernières limites, jusqu'à ce que le malade eût été émacié complètement, qu'il fût devenu pâle comme un mort. De pareilles opinions en thérapeutique peuvent certainement paraître étranges, mais elles étaient une conséquence parfaitement logique des idées généralement reçues alors sur l'élimination du virus. Mais toute puissante que fût l'action du mercure, elle était, suivant Boerhaave, sans force dans certains cas, par exemple contre les affections des os, contre certaines formes de la gonorrhée; il employait alors la décoction de gaïac, et il en poussait l'usage jusqu'à l'exagération la plus complète; il fallait que le malade en fût gorgé jusqu'à devenir comme hydropique (1); ce médicament agissait alors en macérant les mauvaises humeurs, et finissait par les éliminer complètement, en les entraînant dans le mouvement rapide qui lui était imprimé par la circulation.

On peut se convaincre facilement, en lisant cet opuscule de Boerhaave, qu'il n'avait voulu que présenter quelques considérations générales sur la syphilis : cela est si vrai, qu'il a omis de parler du bubon, de ce symptôme équivoque qui jouait un si grand rôle dans l'histoire de la syphilis; qu'il n'a pas mentionné parmi les complications de la gonorrhée le testicule vénérien signalé déjà tant de fois; qu'il a oublié une partie des symptômes que l'on était habitué à faire dépendre de l'action secondaire de la vérole. Aussi faut-il s'attendre, malgré l'autorité du grand nom de Boerhaave, à ne rien trouver, dans son ouvrage, qui fasse loi en matière de syphilis. Il faut reconnaître, d'un autre côté, ainsi que je l'ai déjà dit, que l'illustre professeur avait voulu surtout formuler sur la gonorrhée une doctrine plus complète que toutes celles que l'on avait présentées avant lui. Si nous examinions maintenant de quelle utilité a pu être, sous le point de vue de la théorie et de la pratique, sa division fondée uniquement sur le siège, peut-être trouverions-nous que c'est là une classification toute nominale, qui peut être expliquée jusqu'à un certain point par les faits, mais qui ne repose pas sur des données rationnelles ou philosophiques. Ce qu'il importe de noter seulement, c'est que Boerhaave ne paraissait pas admettre qu'il y eût gonorrhée, même la plus légère, sans ulcérations, et, sous ce rapport, il paraît avoir, mettant l'effet à la place de la cause, voulu poser en principe ce qui n'était le plus souvent qu'un résultat. La doctrine de Boerhaave sur les écoulements syphilitiques prouve surtout une chose, c'est que les connaissances en pathologie tendaient, de son temps, à se fortifier des découvertes que faisait l'anatomie, et on peut considérer sa classification comme un reflet des importantes conquêtes dues aux investigations savantes de l'illustre Morgagni.

Je ne parlerai pas du traitement qui était purement théorique et qui doit nous donner l'exacte mesure de la manière dont on comprenait alors l'action de la syphilis sur l'économie; mais je dois insister sur un point très important selon moi, c'est sur ce retour intelligent vers une saine appréciation de la nature et de la contagion de la maladie vénérienne. Boerhaave préparait par cette éloquente consécration d'un principe trop méconnu la magnifique définition de Hunter, et la véritable acception du virus syphilitique,

Si j'ai fait une étude particulière des opinions de Boerhaave, ce n'est pas à vrai dire parce qu'elles jetaient un grand jour sur l'histoire de la syphilis, mais c'est parce qu'elles acquéraient une certaine importance par le nom et l'autorité médicale de leur auteur, et que d'ailleurs elles signalaient un retour intéressant vers des idées plus positives au point de vue de la nature et de la cause de la maladie vénérienne. Mais après ce célèbre médecin on ne trouve plus rien qui mérite une mention spéciale, et tout s'efface devant la gloire d'Astruc, de ce professeur comblé de toutes les dignités médicales et de toutes les faveurs de la fortune, qui fut pendant sa vie salué du nom de grand, et domina tout son siècle de la hauteur d'une réputation qu'il n'est pas permis d'attaquer, bien qu'elle fût peut-être au-dessus du mérite de cet illustre praticien.

Jean Astruc était un homme d'une vaste érudition, et c'est à cette circonstance qu'il doit surtout l'influence magistrale qu'il exerça sur ses contemporains : son livre sur les maladies vénériennes en est une preuve irrécusable. Il avait étudié avec un soin minutieux et avec une rare intelli-

(1).... *Implotus hoc liquore ferè quasi hydropicus evadere incipit....* (Loco citato.)

gence tout ce qui avait été écrit sur la syphilis, et si l'on ajoute qu'il était doué de ce génie d'appropriation qui fait les savants et dans quelques cas les hommes supérieurs, qu'il avait l'esprit de la méthode à un point très développé, on comprendra facilement qu'il ait dû conquérir le premier rang parmi les syphilographes. On peut considérer son ouvrage comme une véritable encyclopédie de la syphilis, comme le résumé de ce que plus de deux siècles d'expérience avaient enseigné sur cette importante matière : c'est lui qui fixa d'une manière certaine la science syphilitique, qui réunit en un tout solide et compact tous les matériaux amassés dans tant de monographies pour la plupart oubliées, qui constitua enfin d'une manière définitive le type syphilitique. C'est là une gloire que nulle critique ne peut obscurcir, et qui doit entourer le nom d'Astruc d'un respect inaltérable, même par le temps.

L'ouvrage d'Astruc est souvent écrit avec une prolixité diffuse ; il est semé de redites inutiles ; mais il se fait remarquer dans son ensemble par une forme essentiellement didactique, qui rappelle avec une incontestable supériorité toutefois le traité de Musitano. Ce caractère le rendait surtout propre à l'étude et lui donnait un grand prix au point de vue pratique, en même temps qu'il devait en faciliter l'examen et l'analyse. Il est partagé en quatre parties distinctes. Dans la première l'auteur s'occupe de l'origine de la syphilis, dans la seconde il traite des considérations générales sur la nature et sur le traitement de cette maladie, dans la troisième il décrit les symptômes primitifs, et dans la quatrième les symptômes secondaires.

Nous avons vu que vers la fin du dix-septième siècle quelques syphilographes, comme de Blegny et G. Ucay, avaient admis l'ancienneté absolue des maladies vénériennes; cette opinion, soutenue par Aurèle Minadous (1), étayée des citations historiques de Musitano (2), avait pris peu à peu une certaine consistance ; et soutenue par des hommes d'un savoir incontestable, entre autres par le fameux bénédictin dom Calmet dans ses commentaires sur la lèpre et sur la maladie de Job, elle n'avait pas tardé à acquérir une importance telle qu'Astruc eut à peine assez de toute son érudition pour la combattre et pour faire triompher l'opinion contraire, qui avait déjà pour elle l'autorité que lui donnaient deux cents ans d'un règne sans contrôle. Cette réfutation, empruntée évidemment à l'*Histoire de la Médecine* de Freind (3), fortifiée d'un grand luxe de citations et de commentaires, échappe nécessairement à l'analyse, et je ne puis donner ici qu'un résumé succinct des arguments d'Astruc et qu'un aperçu du jugement que je crois pouvoir opposer à la thèse qu'il a si vaillamment d'ailleurs soutenue.

Le savant professeur s'est fondé d'abord sur le silence des auteurs grecs et romains, en ce sens qu'ils n'auraient nulle part décrit de maladie correspondant à la syphilis. Mais ce raisonnement perd beaucoup de son importance si l'on songe que les écrivains anciens avaient pu ne pas apprécier une affection dont le caractère distinctif est une virulence spéciale, et cependant décrire individuellement tous les symptômes qui constituent la maladie vénérienne. On peut s'en convaincre en lisant Gruner, cet intelligent bibliographe, dont j'aurai bientôt occasion de parler.

Les partisans de l'ancienneté citaient à l'appui de leur opinion un certain nombre de faits pris dans les auteurs; Astruc les a expliqués dans un sens favorable à sa doctrine, et il est vrai de dire d'abord que quelques uns sont si peu précis, qu'il a bien pu paraître les réfuter sérieusement ; mais il en est d'autres dont il n'a pas pu infirmer l'autorité. Ainsi il est impossible, même après la discussion d'Astruc, de ne voir que des affections simples dans les maladies vénériennes décrites par les chirurgiens arabistes, par Lanfranc, par Gui de Chauliac, etc. ; ainsi, nulle argumentation ne peut détruire l'évidence des faits cités par Guillaume Beckett dans les xxx^e^ et xxxvi^e^ volumes des *Transactions philosophiques*. Malgré l'érudition d'Astruc, il est bien établi pour moi que ces affections des parties génitales décrites par les arabistes, que l'arsure dont parle Beckett étaient la même chose que la vérole moderne. Astruc a cherché à expliquer aussi l'ordonnance de la

(1) *De virulentiâ venereâ.* — Venise, 1596.

(2) *Annales des maladies de la peau, etc.* — Page 88.

(1) *Johan. Freind, medicinæ doct. Historia Medicina à Galeni tempore usque ad initium sæc.* XVI. — 1724, p. 396 et

reine Jeanne I^re^, qui réglait les statuts d'un lupanar dans la ville d'Arignon, et où il est question du *mal vengeur de paillardise;* mais il n'a pu dire qu'une chose, c'est qu'il existait autrefois d'autres maladies vénériennes que la vérole..... Mais si l'on ôte de ce tableau tous les symptômes que notre auteur attribue lui-même à la syphilis, il ne reste que bien peu de chose pour constituer cette maladie si grave qui attirait la sollicitude des législateurs! J'ai déjà eu occasion de soutenir l'opinion que j'avance ici (1); les limites et le but de cette revue ne me permettent pas de m'étendre sur ce sujet, mais ce recueil serait incomplet si je ne cherchais pas à fixer d'une manière définitive ce point important de la bibliographie, et je me propose de donner à cette question tous les développements qu'elle comporte, et de lui préparer une solution définitive.

Il est bien évident, et l'histoire parle sur ce point plus haut que toute la logique humaine, que les auteurs, que l'on appelle anciens par rapport à la fameuse épidémie du quinzième siècle, sont pleins de descriptions qui ne peuvent se rapporter qu'à la syphilis; il est évident aussi que, sous le nom générique de lèpre, on avait confondu autrefois une foule d'affections qui n'appartenaient pas à ce type, et très certainement des symptômes qui servent à caractériser aujourd'hui l'affection syphilitique. Astruc a combattu cette dernière idée, mais en la prenant dans un sens absolu qui devait lui laisser tout l'avantage de la discussion : ainsi, il s'est efforcé de démontrer que la lèpre du moyen âge n'était pas identiquement la vérole moderne : cela pouvait être vrai, pris à un point de vue général; mais c'était une erreur, si on laisse la question dans les limites que je viens de poser.

Astruc a pris enfin à tâche de prouver par des dates que la maladie vénérienne avait été importée d'Amérique en Europe par les équipages de Cristophe Colomb. Après avoir, à l'exemple de Musitano, passé en revue en les réfutant tour à tour, toutes les fables présentées sur la nature de la syphilis, fables que nous connaissons pour la plupart, il pose en principe que la vérole était endémique aux Antilles, se fondant, pour soutenir cette hypothèse sur l'autorité de Ruy-Diaz de Isla, qui affirma la vérité de ce fait dans son traité *Contrà las bubas*(1), et surtout de Fernandès d'Oviedo (2), qui fut directeur des mines du Nouveau-Monde, et à ce titre un modèle de concussion et de cruauté. Il est vrai qu'Asturc se contente de citer quelques traits relatifs à cette affection appelée *las bubas*, sans établir le rapport exact qui aurait existé entre elle et la syphilis sans s'occuper de l'identité, supposant sans doute que sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, l'érudition tenait la place de la logique et devait commander nécessairement la conviction. Il établit enfin que les soldats espagnols faisant partie de l'expédition de Christophe Colomb auraient été infectés par les naturels, que revenus dans leur patrie dans les années 1493, 1494 et 1495, ils auraient été envoyés en Italie pour combattre les Français; qu'ils auraient infecté ces derniers par l'intermédiaire des courtisanes très communes alors à la suite des armées, et qu'ainsi la vérole aurait pris possession de l'Europe, véritable conquête qui faisait la contre-partie de celle du Nouveau-Monde. La réfutation de ces données historiques trouvera sa place quand je m'occuperai du livre de Sanchez, qui combattit l'opinion d'Astruc et balança l'autorité toute puissante du grand syphilographe. Remarquons seulement qu'à côté de cette hypothèse de l'origine américaine, Astruc avoue que la vérole était endémique dans d'autres climats, ainsi dans l'Afrique (3) et dans l'Inde, et, en supposant ces faits vrais, n'était-il pas naturel d'en conclure que cette affreuse maladie avait dû être apportée, depuis des siècles, dans cette Europe privilégiée avec laquelle ces pays avaient eu tant de contacts? Se perdant ensuite en conjectures sur l'origine première de la syphilis, Astruc pense qu'elle a pu être produite par les excès sexuels et par la virulence du flux menstruel, idée vieille déjà comme l'histoire de la médecine !

Comme conséquence de sa théorie sur la nouveauté de la vérole, Astruc admettait qu'elle avait diminué graduellement depuis l'époque de son apparition, et qu'elle pouvait disparaître un jour, sans qu'il fût pos-

(1) *Traité des syphilides.* — Introduction.

(1) 1557.

(2) *Histoire naturelle et générale des Indes.* — Part. 1. Liv. X. Ch. 2.

(3) Sydenham. — *Médecine pratique.*

sible d'ailleurs de préciser le moment où elle cesserait d'exister. A l'appui de cette opinion, il a essayé de prouver cette décroissance par une espèce de classification des symptômes, et il a admis plusieurs périodes correspondant à la prédominance de certains accidents diminuant tour à tour de gravité. Mais il n'a fait en réalité qu'assigner à chaque symptôme le rang qu'il devait occuper dans l'histoire de la syphilis, puisqu'il est vrai que ce n'est que par une longue expérience que l'on a été amené à définir les accidents qui appartenaient au type syphilitique, accidents connus et décrits depuis des siècles, mais confondus dans la pathologie générale. C'est ainsi que, reproduisant l'opinion de Fallope, il a assigné une époque d'apparition distincte à la gonorrhée, à ce symptôme que l'on retrouve si bien indiqué dans les lois de Moïse, et qui n'avait rien de nouveau que le nom de *virulente* que Fallope lui avait donné en 1560.

En résumé, Astruc avait établi, d'une manière définitive, le dogme de l'importation américaine, déjà combattu par le doute, et qui devait tomber bientôt devant l'argumentation de Sanchez.

Ce point préliminaire établi, Astruc entre dans les considérations générales sur la nature de la maladie vénérienne.

Il a divisé l'infection en deux points distincts, l'hérédité et la contagion. Mais il avait évidemment confondu la vérole héréditaire avec ce que l'on doit appeler la syphilis congéniale. Ainsi, il supposait l'infection directe du fœtus soit du fait du père par la semence charriant le virus, soit du fait de la mère par les phénomènes d'une nutrition pour ainsi dire syphilitique. Il ne croyait pas d'ailleurs à la possibilité du sommeil du virus, c'est à dire à la manifestation de la vérole héréditaire longtemps après la naissance, et il pensait que c'était une hypothèse imaginée pour ménager la réputation de certaines personnes. Sous ce point de vue, Astruc n'avait rien formulé de nouveau, comme il n'avait que reproduit, sous le titre de contagion, toutes les idées sanctionnées par la pratique.

Astruc définissait le virus, une infection qui, déposée en quantité inappréciable chez un individu sain, se développe et produit une maladie identique à celle dont il émane, et il ajoutait, avec raison, que ce poison échappant à toute analyse chimique ne pouvait être compris et expliqué que par ses effets mêmes. L'illustre syphilographe posait ainsi un principe vrai, dont il devait plus tard altérer singulièrement la valeur par des conséquences illogiques. Et d'abord, il assignait à ce virus certaines qualités physiques; ainsi, il était inflammatoire, corrosif, coagulant, fixe, et il avait enfin une qualité acide, que l'auteur comparait à celle des eaux fortes, et dont l'action était augmentée par l'acidité naturelle des liquides séminaux. On voit déjà qu'Astruc n'avait pas une idée bien nette de sa définition, puisqu'il était réduit à en chercher l'explication dans les hypothèses des chemiâtres sur les acides vénériens. Reconnaissons pourtant qu'il avait bien compris le mode d'action de la syphilis, quand il disait que le virus n'était pas une humeur nouvelle implantée dans l'orgnisme, mais une cause de modification complète de l'économie.

On avait depuis longtemps attribué la cause de la syphilis à certains insectes particuliers, qui se communiquaient par le contact, et étaient la source de tous les accidents locaux et généraux. Blegny en avait parlé déjà pour réfuter cette opinion reproduite depuis surtout par Hauptmann (1). Astruc dédaigna de le combattre, et n'en parla que pour signaler le charlatanisme d'un certain Boile, qui prétendait que toutes les maladies étaient produites par des insectes particuliers, et qui déjà, à cette époque, trouvait dans les illusions du microscope la sanction de sa singulière doctrine.

Pour expliquer la formation des divers symptômes primitifs, Astruc avait admis plusieurs modes de contamination : par moiteur superficielle, il y avait chancre; par exhalation, il y avait gonorrhée; par absorption, il y avait bubon. Repoussant l'autorité des faits les mieux constatés et les idées déjà reçues, il posa en principe qu'il y avait toujours un symptôme local avant toute manifestation d'infection dite générale; aussi verrons-nous plus tard qu'il n'a pas parlé de la syphilis d'emblée. Il est juste de dire cependant qu'il en appelait sur ce point à un plus ample informé, mais il est permis aussi de s'étonner qu'un homme tel qu'Astruc ait pu nier un fait qui avait été apprécié déjà par des observateurs moins éclairés que lui.

(1) *Image de la mort.* — Lettre préliminaire. — 1650.

L'infection générale avait lieu par la circulation du sang, qui entraînait le virus dans l'économie. Mais de quelque manière que la contagion eût lieu, elle était soumise, selon Astruc, à différentes conditions de plus ou de moins, selon la quantité de la matière infectante, selon la texture plus ou moins perméable des tissus, selon la durée du contact, conditions qui sont loin d'être en harmonie avec sa théorie du virus. Une fois la contagion admise, l'action locale déterminait un symptôme local, la pénétration dans le sang produisait la vérole confirmée; et, pour expliquer cette marche progressive, il comparait l'action du virus à celle du levain, qui a la propriété de l'assimilation. On voit qu'à la forme didactique près, ces idées n'étaient que la classification de doctrines déjà fort anciennes.

Astruc s'est préoccupé à bon droit de cette question si difficile, qui avait complètement échappé aux anciens, et qui touche à la formation des symptômes secondaires, question formulée à cette époque par ces mots expressifs : *sommeil du virus*. L'illustre professeur a vivement blâmé la supposition de ces recoins de l'organisme dans lesquels le virus se serait retranché, guettant le moment d'en sortir et d'exercer ses ravages, suivant la magnifique expression de *Tomitano*(1) : (*morbus*) *videbatur delitescere, et de futuris aliorum calamitatibus et suppliciis meditari*. Il a cherché ensuite à donner de ce phénomène une idée plus philosophique, et il pensait que la période d'innocuité apparente du virus devait être expliquée par le plus ou moins d'obstacles qui s'opposaient à l'infection du sang, obstacles tels que la maladie pouvait rester stationnaire pendant un temps indéfini; on doit savoir gré à Astruc d'avoir secoué sur ce point le joug de la routine, comme aussi d'avoir signalé l'influence de l'individualité sur la manifestation, soit locale, soit générale de la syphilis.

Ces généralités sur la nature de la maladie vénérienne et sur le mode d'infection sont suivies de considérations sur le traitement. Je n'ai pas l'intention de vouloir déprécier le mérite si grand d'Astruc; mais cette partie de son ouvrage m'a rappelé le petit livre de Thierry de Héry, dont elle semble n'être qu'une paraphrase perfectionnée. Après une longue apologie du mercure, le professeur a, comme l'empirique, démontré l'insuffisance des sudorifiques, puis les dangers de la méthode par la suffumigation ou des parfums comme disait Thierry, méthode qu'un charlatan nommé Charbonnier venait de mettre en vogue; puis après avoir établi la supériorité du traitement mercuriel, il a discuté l'avantage que présentaient les frictions sur l'absorption par les vaisseaux lactés. J'ai déjà eu occasion de dire bien des fois que le traitement mercuriel n'était considéré par les syphilographes que comme un moyen mécanique d'élimination. Astruc adopta complètement cette donnée, et il en chercha la preuve dans des hypothèses qui contredisent singulièrement encore sa définition du virus. Il supposait que le mercure, introduit dans la circulation en globules très petits, y acquérait, en raison de sa pesanteur, une vitesse plus grande que le sang lui-même, que, rencontrant dans sa course les parcelles de virus, il les broyait, les atomisait, et les abandonnait ensuite à la puissance éliminatrice des phénomènes de sécrétion. Cette doctrine était-elle un progrès sur celle des chemiâtres? Il est au moins permis d'en douter. Au point de vue de la salivation, Astruc avait subi en partie la réaction qui s'opérait contre cette méthode barbare, et il la regardait comme inutile. Cependant, comme il ne voulait pas, comme il n'osait pas peut-être rompre avec les anciennes idées, il entretenait un crachement abondant, qui favorisait l'expulsion du poison syphilitique.

En résumé, Astruc, en s'appropriant les idées de ses devanciers, n'avait su que les débarrasser des exagérations dont elles étaient empreintes, et tout en pressentant la vérité qui commençait à luire, il avait reproduit en grande partie les théories bizarres qui chancelaient devant l'omnipotence de l'observation. Il a cependant consigné dans cette première partie de son ouvrage des propositions intéressantes; ainsi il a donné une définition plus philosophique du virus, il a deviné le tempérament syphilitique, et signalé surtout d'une manière positive l'influence si mal jugée dans tous les temps de l'individualité.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) *Aphrodisiacus*. — Page 1051.

OBSERVATIONS.

BLENNORRHAGIE QUATRE JOURS APRÈS UN COÏT IMPUR. — DISPARITION ET RÉCIDIVE DE L'ÉCOULEMENT. — QUATRE MOIS APRÈS LE DÉBUT, DOULEURS DANS LES MEMBRES. — TRAITEMENT MERCURIEL IRRÉGULIER. — DISPARITION, PUIS RETOUR DES DOULEURS ACCOMPAGNÉES DE CALVITIE. — GUÉRISON A LA SUITE D'UN TRAITEMENT MERCURIEL COMPLET. — NOUVELLE RÉCIDIVE ET NOUVELLE GUÉRISON PAR LES MÊMES MOYENS. — ENGORGEMENT DANS TOUTE LA LONGUEUR DU CANAL DE L'URÈTHRE. — ABOLITION DE LA SENSATION AGRÉABLE ÉPROUVÉE PENDANT LE COÏT; RETOUR DE CETTE SENSATION A LA SUITE D'UNE APPLICATION DE SANGSUES.

M. N..., élève en médecine, d'une intelligence très développée, âgé de 22 ans, d'une taille ordinaire, cheveux châtain-foncé, yeux bleu-gris, embonpoint médiocre, système musculaire développé, d'un santé habituelle très bonne, vint me consulter au mois de juin dernier, et me raconta les détails suivants sur le début et la marche de sa maladie.

Au mois de juillet 1842, n'ayant jamais eu aucune affection vénérienne, et n'ayant pas exercé le coït depuis plusieurs mois, il eut des rapports sexuels avec une femme suspecte; pendant quatre jours il n'éprouva rien de particulier dans les organes génitaux, bien que son attention fût portée de ce côté; le cinquième jour il s'aperçut d'un écoulement peu abondant, et éprouva des douleurs modérées le long du canal; il fit immédiatement un traitement par le poivre cubèbe et les injections de nitrate d'argent, et après trois semaines la guérison était presque complète; les lèvres du méat étaient seulement collées le matin, ou dans la journée lorsque le malade n'avait pas uriné depuis longtemps; il restait aussi un peu de douleur à la pression le long du canal; mais cette douleur n'avait pas de point particulier où elle siégeât spécialement; la mixtion n'était plus douloureuse. Quelques glandes de l'aine gauche étaient tuméfiées et à peine douloureuses.

Se croyant à peu près guéri à cette époque, le malade partit pour Lyon; il n'était pas encore arrivé, que l'écoulement avait reparu plus abondant que jamais; aucun excès ne fut commis pendant le voyage. Après son arrivée, il ne put faire aucun traitement régulier, et surtout observer un régime convenable; au bout de quelques jours, la sensibilité de l'urèthre devint extrême, les urines étaient rendues fréquemment et avec des douleurs atroces; les érections étaient fréquentes et très pénibles la nuit; les tumeurs de l'aine gauche augmentèrent, et, enfin, il apparut quelques érosions extrêmement superficielles, et d'un à deux millimètres de diamètre à la base du gland; leur surface, d'un gris jaunâtre foncé, sécrétait un liquide transparent. Il y eut pendant une quinzaine de jours de la pesanteur plutôt que de la douleur au périnée. Le malade commença alors un traitement par les pilules de protoiodure de mercure (2 par jour); après 15 jours tout était dans le même état; les petites érosions s'étaient mêmes élargies, et réunies par leurs bords pour en former de plus grandes, lesquelles restaient toujours très superficielles. Il prit alors quatre cuillerées à bouche par jour (2 le matin et 2 le soir) de cubèbe en poudre, sans en avoir obtenu aucun avantage après 4 semaines; les ulcérations, cautérisées avec le nitrate d'argent avaient disparu 3 ou 4 jours après, et étaient remplacées par des rougeurs. Il abandonna le cubèbe et se mit à prendre 8 capsules de Mothès par jour; après quelques jours de ce traitement, l'écoulement fut réduit à une agglutination des lèvres du méat comme la première fois; les pilules de protoiodure furent continuées pendant 6 semaines, mais avec plusieurs interruptions. Après la disparition de l'écoulement, le canal resta toujours un peu douloureux à la pression et un peu tuméfié dans toute sa longueur également. Au mois d'octobre le malade revint à Paris; les petites exulcérations reparaissaient souvent, et cédaient constamment en 2 ou 3 jours à la cautérisation par le nitrate d'argent; ces alternatives d'apparition et de disparition durèrent 2 mois. Un nouveau symptôme, constitué par des douleurs erratiques dans les membres supérieurs, et particulièrement dans les diverses articulations de ces membres, vint s'ajouter à ce que le malade éprouvait déjà; ces douleurs ne revenaient pas à des heures déterminées; elles étaient exaspérées par la chaleur du lit, et parfois assez violentes pour empêcher le malade de se coucher sur le côté; elles cessèrent spontanément après 3 semaines environ. Aucune tuméfaction ne put être constatée sur les articulations pendant qu'elles existaient.

Le malade resta dans cet état jusque vers la fin de janvier. A cette époque, des douleurs semblables à celles déjà décrites reparurent de nouveau à peu près avec la même intensité, mais le malade s'aperçut de plus que ses sourcils tombaient ainsi que ses cheveux ; il n'éprouvait d'ailleurs aucune céphalagie. Ne songeant nullement à une affection spécifique, il ne fit presque aucune attention à ce nouveau symptôme ; mais l'alopécie marcha si rapidement, qu'elle était presque complète vers le milieu du mois de mars. Comme tous les autres symptômes persistaient, et que même l'engorgement de l'urèthre avait plutôt augmenté que diminué, il consulta un médecin qui lui trouva un peu d'engorgement dans les ganglions inguinaux, et diagnostiqua un chancre induré dans le canal de l'urèthre. On lui conseilla en conséquence un traitement mercuriel qu'il continua pendant deux mois et demi ; il se composa de pilules de protoiodure, dont il prit d'abord une, puis deux, trois et quatre, et de frictions sur les parties où les poils tombaient avec une pommade de précipité blanc et de cérat soufré. Après environ un mois de traitement, les cheveux ne tombaient que très peu, et ceux qui étaient tombés repoussaient au contraire en abondance. A la fin du traitement, ils étaient à peu près comme avant la chute. L'induration et la douleur de l'urèthre restèrent les mêmes, mais comme la dernière était assez peu considérable, il prit son mal en patience, et se borna à l'expectation. Cependant à la fin de juillet l'alopécie se reproduisit de nouveau, et c'est alors qu'il vint me consulter.

Avant de décrire l'état dans lequel je le trouvai, je dois revenir un peu sur mes pas, afin d'étudier la fonction génitale que j'ai omise à dessein jusqu'à présent pour pouvoir la présenter en peu de mots dans son ensemble.

Depuis le commencement de la maladie jusque vers la fin de décembre, époque à laquelle l'écoulement cessa d'une manière définitive, à la goutte militaire près, les désirs vénériens furent un peu moins vifs que dans l'état de santé, excepté pendant la dernière quinzaine d'août où ils furent au contraire plus prononcés ; pendant ce temps les érections étaient fréquentes, presque continuelles pendant certains jours et très douloureuses ; la nuit, une ou deux pollutions avaient lieu et augmentaient les douleurs au lieu de produire la sensation due habituellement au passage du sperme. Le sperme était rendu lentement en bavant ; sa partie liquide était plus abondante que d'habitude, et son odeur différait également du sperme physiologique. Au bout d'une quinzaine de jours, ces divers symptômes disparurent, et les désirs vénériens, ainsi que les érections, furent normaux. Lorsqu'à la fin de décembre le malade eut, pour la première fois depuis sa maladie, des rapports avec une femme, il s'aperçut que le passage du sperme était presque complètement insensible, et que précisément au moment où il s'attendait à éprouver la plus grande jouissance, il ne sentait plus rien ; bientôt il lui devint impossible de juger le moment où l'éjaculation cessait, et il lui arriva plusieurs fois de se retirer pendant qu'elle durait encore ; ce qui rendit le coït insipide. Les urines étaient rendues très librement en jet aussi large qu'à l'état normal.

Voici maintenant l'état dans lequel le malade se présenta à moi quand il vint me trouver au mois de juin dernier.

Son faciès indiquait un homme en bonne santé ; l'embonpoint était ordinaire ; les cheveux et surtout les sourcils étaient rares, et s'arrachaient facilement pour peu que l'on tirât dessus ; la peau était partout naturelle ; jamais il n'y avait eu d'éruption à la peau. Le canal de l'urèthre offrait, dans toute sa longueur, aussi loin qu'on pouvait l'apprécier en palpant par le périnée, une tuméfaction uniforme qui paraissait doubler à peu près son diamètre ; il était à peine douloureux à la pression, même un peu forte. On voyait à peine un peu d'humidité au méat ; le matin il y avait une gouttelette de liquide transparent ; l'émission de l'urine se faisait facilement et sans douleur, les besoins n'étaient pas plus fréquents qu'à l'état normal. Il y avait dans chaque aine un ganglion un peu tuméfié, à peu près complètement indolent. Il y avait de temps en temps dans les articulations, plus rarement dans la continuité des membres, et en particulier vers les attaches de quelques muscles, des douleurs semblables à celles dont il a été question, sujettes à de brusques changements de siège. L'éjaculation s'effectuait sans plaisir comme sans douleur. Du reste toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement ; le malade était fort et agile.

Je prescrivis dix sangsues le long du canal de l'urèthre en avant et en arrière des bourses ; des frictions sur le même trajet avec un mélange, à parties égales, de pommade de belladone et d'onguent mercuriel, et deux pilules de Dupuytren à l'intérieur.

Quinze jours après je revis le malade ; l'engorgement de l'urèthre avait notablement diminué ; les cheveux et les poils des sourcils étaient plus solides et repoussaient en partie ; les douleurs étaient moindres, mais persistaient encore ;

les frictions n'avaient point été faites sur l'urèthre.

Les préoccupations de concours empechèrent le malade de poursuivre ce traitement comme je l'aurais désiré; cependant ce fut avec une vive satisfaction que vers la fin de juillet il put constater le retour de la sensation spéciale du coït, laquelle n'était pourtant pas, à beaucoup près, aussi vive qu'à l'état normal.

Aujourd'hui (10 décembre) l'état du canal est normal, ou à très peu de chose près, et la sensation du coït est revenue à l'état physiologique. Les douleurs des membres n'existent qu'à peine à de longs intervalles. Les pilules ont été prises pendant six semaines sans inconvénients.

Remarques. — Le fait saillant de l'observation qui précède est l'abolition de la sensation produite à l'état physiologique par le passage du sperme dans le canal de l'urèthre. Cet accident, à en juger par le silence des auteurs, doit être bien rare, et, pour mon compte, c'est la première fois qu'il m'a été donné de l'observer. Quelle en était la cause directe? Voilà une question à laquelle il serait satisfaisant de pouvoir répondre. Sans prétendre le faire d'une manière irrécusable, je vais faire part à nos lecteurs des réflexions que le fait m'a suggérées, d'après lesquelles j'ai été conduit à un traitement heureux, et qui pourront par cela même n'être pas sans quelque utilité.

Il était d'abord évident que cette insensibilité ne tenait à aucune cause générale d'affaiblissement; car le malade était dans un état de force qui devait faire repousser bien loin une pareille idée; toutes les fonctions d'ailleurs, même la fonction génitale, sous tous les autres rapports que celui de la sensibilité, s'accomplissaient d'une manière normale. — Peut-être aurait-il paru plus raisonnable de songer au premier abord à une paralysie locale des nerfs qui se distribuent au *veru-montanum*, paralysie produite par le virus vénérien soit directement, soit indirectement. Cette hypothèse n'aurait eu rien de déraisonnable; car on sait que des parties très limitées, principalement celles affectées de douleurs névralgiques ou autres, sont exposées à perdre pendant plus ou moins longtemps et plus ou moins complètement leur sensibilité. J'ai vu par exemple un individu perdre pendant plusieurs semaines, d'une manière presque complète et sans cause appréciable, la sensibilité tactile de la pulpe du doigt médius, et je pourrais citer plusieurs cas analogues. Aussi, sans repousser d'une manière complète cette opinion, je l'écartai momentanément pour les raisons suivantes : Il y avait dans toute la longueur du canal une tuméfaction subinflammatoire assez considérable; or, dans le cas où des tuméfactions persistent longtemps sur différentes parties, ces parties éprouvent une diminution de la sensibilité, et ce qu'il y a de remarquable c'est que cette diminution de sensibilité peut n'exister que dans certaines limites et n'exclure point une exaltation de la sensibilité quand ces limites sont franchies. Par exemple, qu'on ait une inflammation d'un doigt, il pourra, à une certaine période, arriver ce qui suit : en passant ce doigt légèrement sur un corps quelconque, on n'éprouvera aucune sensation; si l'on presse un peu plus fortement, on ressentira de la douleur; il n'y a pas de sensation intermédiaire. Cette connaissance due à des observations antérieures, me parut trouver son application ici : Le chatouillement produit par le passage du sperme est dû à un frottement très léger et a besoin, pour être produit, que les parties soient douées d'une sensibilité exquise; c'est ce degré exquis de sensibilité qui me parut aboli; mais il en restait assez pour que la pression fût douloureuse sur les parties malades. Je conçus donc l'espoir de ramener l'urèthre à sa sensibilité normale en diminuant le gonflement, et le résultat prouva que mon espoir n'était pas sans fondement. On est donc porté à croire que dans des cas semblables les mêmes moyens produiraient les mêmes résultats.

Si le fait sur lequel je viens de m'arrêter un instant est le plus frappant, ce n'est pas à beaucoup près le seul qui doive nous intéresser dans l'observation qui précède : quelques autres, outre l'intérêt qu'ils offrent en eux-mêmes, sont surtout précieux par la fidélité et l'intelligence de celui qui les a racontés.

Le premier qui se présente est celui qui a trait à l'incubation. A la suite du coït, le malade s'est observé attentivement, et pendant *quatre jours* il n'a éprouvé *aucune sensation* le long du canal de l'urèthre. La période d'incubation était donc ici bien évidente. — Ce fait suffira-t-il pour ramener à de saines doctrines ceux qui nient cette période dans la blennorrhagie? Je connais trop l'influence toute-puissante qu'exercent

sur les meilleurs esprits les systèmes préconçus pour avoir un semblable espoir ; mais cela ne m'a pas empêché d'appeler sur lui l'attention du public médical, parce que dans ce public se rencontrent toujours des esprits impartiaux, libres de tout engagement systématique, et disposés par conséquent à accepter la vérité de quelque côté qu'elle leur arrive.

Est-il besoin que je dise mon opinion sur le prétendu chancre qu'on a supposé avoir existé dans l'urèthre ? Faut-il faire ressortir l'absence des symptômes qui auraient pu le déceler à l'observateur ? A quoi bon, puisqu'il est bien avéré maintenant que ces chancres restent presque toujours inappréciables aux sens des malades et du médecin, et qu'on ne peut les voir qu'avec les yeux de la foi ? Qu'il nous suffise de dire que la foi éclaire peu d'esprits par le temps qui court.

Je n'insisterai pas non plus sur la nature de ces exulcérations très superficielles qui ont existé sur le gland, et qui, aux yeux de certains médecins, pourraient, à la rigueur, être des chancres. Nous verrons plus tard ce qu'il faut penser d'une semblable manière de voir qui tend à plonger dans la confusion, au profit d'un système erroné, l'histoire du chancre, si bien faite par Hunter. Contentons-nous, en attendant, d'affirmer qu'il y a autant de distance entre ces exulcérations et le véritable chancre qu'entre une surface non excoriée et ces exulcérations.

Ce malade nous a fourni le second exemple que j'aie eu occasion de publier dans ce recueil d'une vérole constitutionnelle s'annonçant de prime abord par des symptômes auxquels une certaine classification a donné le nom de *tertiaires*, et qui mériteraient, pour plus d'exactitude au moins, celui de *quaternaires*. Ce ne sera pas la dernière fois que nous aurons à présenter de pareilles exceptions à cette classification arbitraire.

H. DE C.

PROSTATITE BLENNORRHAGIQUE PRODUISANT UNE RÉTENTION D'URINE.

Diot...., âgé de 40 ans, porteur aux halles, homme à cheveux bruns, aux yeux noirs, à peau brune, d'une taille ordinaire, bien musclé, est entré à l'hôpital du Midi, salle 10, n. 5, service de M. Vidal, le 6 février 1843.

Il n'a jamais été malade, soit de la syphilis, soit d'aucune autre maladie. Le premier de l'an, il a des rapports avec une femme veuve pendant qu'elle avait ses règles ; il ne sait pas si elle était infectée. Au bout de quatre jours, écoulement léger, non douloureux, par le canal de l'urètre ; cet écoulement dure ainsi pendant dix jours, après lesquels il survient quelques picottements en urinant, lesquels sont bientôt suivis d'envies fréquentes d'uriner ; ces besoins augmentent promptement de fréquence, et deviennent si impérieux, que le malade est obligé de les satisfaire, quel que soit le lieu où il se trouve, sous peine de rendre ses urines involontairement ; depuis huit jours, à ces symptômes s'est ajoutée une difficulté de plus en plus considérable d'uriner, laquelle, depuis hier, s'est convertie en une rétention d'urine complète, ce qui a jeté le malade dans un état d'anxiété extrême.

Après son entrée, on pratique le cathétérisme, et la sonde entre dans la vessie avec la plus grande facilité, sans déterminer de douleur plus considérable qu'ordinairement ; elle est seulement déviée un peu latéralement lorsqu'elle arrive vers la région prostatique. Aussitôt qu'elle a pénétré dans la vessie, il sort avec force environ deux tiers de litre d'urine. Le canal est le siége d'élancements, de picottements, d'un sentiment de brûlure dans toute sa longueur ; mais c'est surtout la région périnéale profonde qui est douloureuse ; cette douleur empêche le malade de s'asseoir et lui fait pousser des gémissements continuels. Le toucher par le rectum fait reconnaître dans la région prostatique une tumeur à surface carrée, présentant deux bords latéraux à peu près parallèles à la direction de l'urètre, et deux autres bords, l'un antérieur, l'autre postérieur, perpendiculaires aux premiers ; la surface que forme l'intersection de ces bords peut avoir environ deux pouces de côté, l'angle formé par la rencontre du bord droit et du bord postérieur est beaucoup plus saillant que celui formé par le même bord postérieur et le bord gauche ; cet excès de saillie du côté ou plutôt de l'angle droit existe d'ailleurs à un degré moins prononcé dans toute la longueur de la tumeur ; la pression du doigt sur cette tumeur est insupportable ; la consistance de la tumeur est un peu mollasse, à peu près comme une tumeur phlegmoneuse qui offrirait une fluctuation obscure. On ne voit qu'un très léger suintement séro-muqueux au méat. La face du malade est rouge, les conjonctives sont injectées, les yeux saillants ; la chaleur de la peau est élevée, le pouls à 100 environ ; il n'y

a pas d'appétit ni de sommeil. Le cathétérisme calme un peu l'état du malade.

Prescription : tisane de tilleul et oranger, trente sangsues et cataplasme au périnée, diète.

Le soir, les douleurs périnéales sont un peu moindres, mais la rétention d'urine est toujours complète ; le cathétérisme est de nouveau pratiqué avec la même facilité, et la sonde est toujours un peu déviée latéralement du côté opposé à la plus grande saillie de la tumeur vers la portion prostatique. On ne prescrit rien de nouveau.

Le 7 février, au matin, le malade n'a pas dormi de la nuit, et l'on a été obligé de le sonder à trois heures du matin, après l'avoir sondé à onze heures du soir. Le cathétérisme a été toujours aussi facile ; la tumeur explorée par le rectum présente à peu près le même volume qu'hier ; le reste comme hier au soir. — *Presc.* : 25 sangsues au périnée, suivies d'un cataplasme ; 2 pilules opiacées camphrées ; lavement camphré, bain de siège ; même tisane ; diète.

Le 8, la tumeur a sensiblement diminué de volume ; elle paraît plus molle et comme fluctuante ; elle est toujours à peu près aussi douloureuse à la pression, mais elle l'est moins spontanément. Une selle a été provoquée hier par le lavement ; elle a déterminé des douleurs vives dans la tumeur. Cette nuit, le malade a pu expulser quelques gouttes d'urine ; on a néanmoins été obligé de le sonder, ce qui a été aussi facile que précédemment ; le jet de l'urine a été lancé assez loin ; point de sommeil la nuit ; faciès un peu moins anxieux ; pouls à 90, moins fort. — Même prescription, moins les sangsues.

Le 9, le même état persiste presque sans changement ; le malade souffre cependant un peu moins, mais il n'a pu uriner que quelques gouttes. La tumeur semble diminuée au moins du côté de son angle saillant. Le cathétérisme offre toujours les mêmes particularités. Pouls à 85-90, encore assez fort ; chaleur un peu plus que normale de la peau. — Même prescription, plus 10 sangsues au périnée, et moins le lavement.

Le 10, amélioration notable ; le malade a pu uriner un verre de liquide en sept à huit fois différentes et goutte par goutte ; cela lui a suffi pour n'avoir pas besoin d'être sondé la nuit. Il a dormi un peu ; les douleurs spontanées sont modérées dans l'urèthre et la région périnéale ; elles sont encore assez vives à la pression ; le toucher rectal permet de constater que l'angle, si saillant qui existait à droite, est à peu près complètement effacé, et que la tumeur n'est guère plus saillante de ce côté que du côté gauche ; elle a également diminué d'une manière notable dans sa totalité, et a pris une consistance plus molle. La chaleur de la peau est à peu près normale ; le pouls peu développé à 70-75. Un peu d'appetit. L'écoulement uréthral est devenu un peu opaque et un peu plus abondant ; mais il ne s'est rien écoulé qui ait pu faire croire à l'ouverture d'un abcès dans les voies urinaires ; chaleur de la peau normale, pouls peu développé, à 70 ; appétit peu prononcé. Le cathétérisme est pratiqué ce matin sans plus ni moins de facilité que précédemment. Till.. or.; catapl. sur le périnée, bain de siège prolongé, deux bouillons.

Le 11, plus de deux verres d'urine ont été rendus sans le secours du cathétérisme, et presque exclusivement goutte à goutte ; de temps en temps seulement, lorsque le malade poussait très fort, l'urine sortait un instant par un jet fin qui cessait presque aussitot ; le cathétérisme n'a été nécessaire qu'une fois hier au soir ; la tumeur sentie par le rectum continue à diminuer de volume ; la diminution s'opère surtout aux angles qui s'effacent de plus en plus. Les douleurs sont peu considérables, même à la pression. Le sommeil n'a été interrompu que par les envies très fréquentes d'uriner. Appétit très vif, pouls et chaleur à l'état normal. Même prescr., plus deux soupes.

A partir de ce ce jour l'état du malade continue à s'améliorer sans interruption ; les urines deviennent de moins en moins difficiles ; le 18, elles sont rendues presque sans douleur, quoique plus fréquemment qu'à l'état normal ; le 26, elles sont tout à fait normales, la tumeur diminue de plus en plus et devient complètement indolente à la pression ; à la sortie du malade, elle n'est guère plus volumineuse qu'une prostate saine. L'écoulement uréthral suit une marche opposée au reste de la maladie. Le 18, il est presque aussi abondant qu'avant les accidents. Depuis ce jour jusqu'au 11 mars on donne quatre grammes de térébenthine, sans aucun succès ; on prescrit alors le cubèbe à doses croissantes jusqu'à vingt grammes. Au deuxième jour de son administration, l'écoulement a diminué notablement. Au sixième, il a complètement cessé. On continue le médicament jusqu'à la sortie du malade, et l'écoulement ne se reproduit pas, quoique dans les cinq derniers jours ce malade marche une partie de la journée dans le jardin. Les aliments ont été graduellement augmentés jusqu'à la portion entière, sans que les digestions aient été un moment troublées. Enfin, le malade sort dans un état de santé parfaite, sauf

peut-être une très légère augmentation du volume de la prostate.

Remarques. Ce fait nous offre un des cas les mieux dessinés et les plus intenses de prostatite aiguë que possède la science ; car ces cas, bien qu'ils ne soient pas très rares, n'ont pas été observés et surtout décrits d'une manière complète

Ici rien ne manquait à la précision du diagnostic : siège, forme, volume de la tumeur, rétention d'urine. Ce dernier symptôme a surtout présenté un grand intérêt, et c'est sur lui que je désire fixer un instant l'attention. Tous les auteurs qui ont parlé de la rétention d'urine due à un gonflement de la prostate, ont insisté sur les difficultés que l'on éprouvait dans les cas de ce genre à pratiquer le cathétérisme : or, le cathétérisme étant ici extrêmement facile, et les signes de l'engorgement prostatique n'étant pas douteux, on était d'abord tenté de mettre la rétention d'urine sur le compte d'une complication, et en particulier sur une paralysie de la vessie. Cependant la force du jet de l'urine devait nécessairement faire repousser l'idée d'une pareille complication, qu'aucune autre considération que celle de la facilité du cathétérisme ne pouvait d'ailleurs étayer. Il fallut donc admettre que le gonflement de la prostate pouvait à la fois empêcher l'expulsion de l'urine et permettre à la sonde d'arriver librement dans la vessie. Deux autres faits, en tout semblables, sauf la moindre intensité des symptômes, à celui qu'on vient de lire, vinrent encore nous confirmer dans cette manière de voir, et, ce qu'il y a de singulier, c'est que ces deux faits, ajoutés à celui qu'on vient de lire, forment les trois seuls cas de prostatite bien caractérisée qui se soient présentés dans l'espace d'un an dans le service de M. Vidal ; en sorte que l'on serait tenté, si l'on n'était prévenu contre les conclusions tirées de faits insuffisants, de considérer comme règle ce que l'on ne regardait d'abord que comme une exception. Quoi qu'il en soit, la connaissance des faits de cette nature trouvera des applications pratiques qui ne sont point à dédaigner.

Je ferai remarquer, pour m'en servir plus tard, le fait de la suppression de l'écoulement blennorrhagique pendant la durée de la prostatite, et son retour après la guérison de celle-ci, et nous verrons que ce fait, joint à ses analogues, lesquels sont trop peu médités depuis que la médecine cherche à se dégager de cet ergotisme subtil où elle a été si longtemps emmaillottée, que ce fait, dis-je, portera une vive lumière sur l'histoire générale de la blennorrhagie.

H. DE C.

REVUE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DU DIAGNOSTIC, DE LA PATHOLOGIE, ET DU TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU, ETC., par *Erasme Wilson* (1).

« Dans le traité théorique et pratique que vient de publier le docteur Erasme Wilson, la base de son système de classification naturelle tire sa solidité, sa simplicité, la facilité de son application, de l'anatomie et de la physiologie sur lesquelles elle est établie. Le derme et ses dépendances, ses glandes, ses follicules, sont le siège de toutes les altérations si diverses qui caractérisent la pathologie cutanée. Ce sont elles qui constituent les cinq premières divisions de l'auteur, savoir : 1° Les maladies du derme ; 2° celles des glandes sudoripares ; 3° des glandes sébacées ; 4° des cheveux et des follicules pileux.

Le derme étant le tissu le plus complexe par sa nature et son organisation offre naturellement le plus grand nombre de variétés pathologiques. Celles-ci, M. Wilson les appelle ses divisions secondaires; telles sont :

(1) *A Practical and Theoretical Treatise on the Diagnosis, Pathology, and Treatment of Diseases of the Skin : arranged according to a Natural System of Classification, and preceded by an Outline of the Anatomy and Physiology of the Skin.* By ERASMUS WILSON. London ; Churchill. 8 vo. pp. 407.

L'inflammation du derme ;
L'hypertrophie des papilles du derme ;
Les désordres du tissu vasculaire du derme ;
Les désordres de la sensibilité du derme ;
Les désordres des fonctions chromatogènes du derme.

On comprendra mieux cette nouvelle classification par l'exposé du tableau suivant :

1° *Maladies du derme.*

- **Inflammation.**
  - **Congestive.**
    - Spécifique.
      - Rougeole.
      - Scarlatine.
      - Variole.
      - Varicelle.
      - Vaccine.
    - Non spécifique.
      - Erysipèle.
      - Urticaire.
      - Roséole.
      - Erythème.
  - **Effusive.**
    - Asthénique.
      - Pemphygus.
      - Rupia.
    - Sthénique.
      - Herpès.
      - Eczema.
      - Sudamina.
  - **Suppurative.**
    - Impetigo.
    - Ecthyma.
  - **Dépositive.**
    - Strophulus.
    - Lichen.
    - Prurigo.
  - **Squameuse.**
    - Lèpre.
    - Psoriasis.
    - Pithyriasis.
  - **Par animalcules parasites.** — Gale.
- **Hypertrophie des papilles.**
  - Ichthyose.
  - Tylosis.
  - Clavus.
  - Verrues.
  - Cornes.
- **Désordres du tissu vasculaire.**
  - Nævus vasculaire.
  - Purpura.
- **Désordres de la sensibilité.**
  - Hyperesthésie.
  - Prurit.
- **Désordres des fonctions chromatogènes.**
  - **Augmentation du pigment.**
    - Nigritie.
    - Nævus pigmentaire.
  - **Diminution du pigment.**
    - Albinisme.
    - Vitiligo.
  - **Altération du pigment.**
    - Ephelis.
    - Lentigo.
    - Chloasma.
    - Melasma.
  - **Coloration chimique.** — Taches d'oxyde d'argent.

2° *Maladies des glandes sudoripares.*

- **Augmentation de sécrétion.** — Sudamina.
- **Diminution de sécrétion.**
- **Altération de sécrétion.** — Odeur, couleur, etc., anormales.

3° *Maladies des glandes sébacées.*

- **Augmentation.** — Stearrhée.
- **Diminution de sécrétion.**
- **Altération de sécrétion.** — Ichthyosis sebacea.
- **Rétention de la sécrétion.**
  - **Le conduit ouvert.**
    - Comedones.
    - Accumulations sébacées.
    - Petites tumeurs sébacées. (*Molluscum contagiosum.*)
  - **Le conduit fermé.**
    - Tubercules sébacés miliaires.
    - Tubercules calcaires miliaires.
    - Kystes séreux.
    - Tumeurs enkystées.

Inflammation des glandes et tissus adjacents.	Acné. Sycosis.

4° *Maladies des cheveux et des follicules pileux.*

Augmentation dans la formation.	Nævus pileux.
Diminution dans la formation.	Alopécie. Calvitie.
Altération de couleur.	Canitie.
Maladie de la pulpe du cheveu.	Plique polonaise.
Maladie des follicules.	Inflammation des follicules. Favus.
Direction anormale.	Trichiasis. Feutrage.

Dans le chapitre consacré à l'anatomie et à la physiologie de la peau, on trouve quelques points d'anatomie microscopique qui présentent un intérêt particulier. Le tissu fibreux contractile du derme, dit l'auteur, n'a été démontré jusqu'à présent que dans certaines parties de la peau de l'homme, comme dans le mamelon et le scrotum ; il existe cependant d'une manière positive dans le chorion de toutes les parties du corps. Il est composé de fibres rougeâtres, un peu plus larges que celles du tissu aréolaire et semi-transparentes, rassemblées en fascicules quelquefois parallèles entre eux et formant des couches membraneuses; d'autres fois entrelacées de diverses manières et composant un tissu solide : ils sont plus abondants dans le réseau épais de la surface inférieure du derme. Dans le chorion de quelques animaux où ce tissu se voit facilement, il forme une enveloppe autour des glandes sébacées et des follicules pileux ; il est probable qu'il offre la même disposition dans la peau de l'homme ; ainsi disposé, on comprend qu'il doit exercer une compression sur les glandes sébacées, et devenir un auxiliaire important de leur sécrétion, et produire sur les cheveux un sécrétion analogue à celle que l'on remarque chez les animaux.

Cet état de la peau que produit le froid ou la crainte et que l'on désigne sous le nom de *cutis anserina*, chair de poule, est dû à la présence de ce tissu fibreux contractile.

L'auteur cherche à faire revivre l'ancienne opinion arabe qui rapportait l'origine de la scarlatine, de la rougeole et de la variole au même principe contagieux, et attribue la différence qui existe entre elles à une modification des conditions, soit physiques, soit vitales du système qui est influencé par la contagion.

Quelque étonné que l'on puisse être de trouver la variole rangée parmi ces exanthèmes, on remarquera que ses symptômes précurseurs ont une ressemblance frappante avec ceux de la scarlatine et de la rougeole, l'éruption est identique à sa première apparition; les soins à prendre sont les mêmes, et à une période plus avancée, quand la variole prend la forme pustuleuse, on peut la considérer comme un état plus avancé de la rougeole et de la scarlatine, dont le principe se porte avec plus de violence vers la surface de la peau, au lieu de rétrograder vers les membranes muqueuses. Il faut ajouter que sous le nom de maladies varioliques, M. Wilson comprend la variole, la varicelle qu'il regarde avec ses différentes formes pustuleuse, vésiculeuse, tuberculeuse, comme une modification de la variole, et enfin la vaccine. Il croit devoir séparer du groupe des squames l'ichthyose que Willan y avait rangée, parce que cette maladie n'a aucune analogie avec les affections lépreuses ; elle n'offre ni inflammation de la peau, ni production d'écailles épidermiques altérées ; mais simplement une augmentation dans la quantité de l'épiderme normal dépendant d'un état d'hypertrophie de la couche papillaire du derme ; aussi a-t-il cru devoir placer l'ichthyose parmi les maladies qui sont produites par l'hypertrophie des papilles de la peau.

Les recherches du docteur Wilson le portent à penser que l'insecte de la gale était connu d'Aristote, des Grecs, des Arabes et même des anciens Romains ; mais la description ancienne la plus détaillée et la meilleure de l'acarus est, comme on le sait déjà, celle qu'en donne un vieil auteur anglais, Moufet, dans son *Theatrum Insectorum*, publié à Londres en 1634, par sir Théodore Mayerne. L'acarus folliculorum, animalcule parasite des follicules sébacés, indiqué déjà par le docteur Simon, de Berlin, dans les *Archives* de Müller (juin 1842), a fait aussi l'objet des recherches de M. Wilson. Les plus gros de ces insectes n'ont pas, suivant lui, plus de 1/64 de pouce de long. On les rencontre chez presque tous les individus, même en état de santé, et au nombre de 2, 4 et 8 au plus. Ils sont situés près de l'orifice du follicule et ont la tête dirigée vers sa partie interne. Ce sont de véritables insectes ayant une tête, un thorax, un abdomen, pourvus de quatre paires de pattes et se nourrissant de la substance sébacée dans laquelle ils sont plongés.

Nous devons encore rapporter ici les observations du docteur Wilson sur le molluscum contagiosum. Dans cette maladie, dit-il, la matière sécrétée distend les premières ramifications du conduit excréteur de manière à donner naissance à une petite tumeur égale en volume à un grain de groseille mûr. Cette ressemblance ne se borne

pas au volume, car la substance sébacée s'élevant par l'ouverture du follicule au centre de la tumeur, simule assez bien le sommet de la groseille sur lequel la corolle était fixée, tandis que les conduits sébacés faisant saillie à sa circonférence lui donnent une apparence lobulée. Si l'on pratique une section transversale sur cette petite tumeur, on la trouve réellement divisée en 5 ou 6 segments qui contiennent chacun une branche dilatée du conduit excréteur. . . . . .

De récentes observations microscopiques faites par les docteurs Henderson et Paterson tendent à faire penser que les cellules que contiennent les petites tumeurs de ce molluscum sont des organes particuliers capables d'une propagation nucléolaire, lorsqu'elles sont transportées dans un tissu convenable chez un autre individu, et que c'est ainsi que cette maladie devient contagieuse. Les recherches microscopiques de M. Wilson le portent à professer une opinion tout à fait contraire à la contagion du molluscum. Il a trouvé en effet la substance sébacée composée de cellules superposées, de formes variées et entremêlées d'une grande quantité d'écailles épidermiques, sans aucune trace de matière granuleuse ou de globules graisseux. Leurs dimensions, que l'auteur donne exactement, étaient les mêmes que celles des cellules de la substance sébacée épaissie partout où elle se rencontre. Ces cellules contenaient soit une substance granulée dont on pouvait voir le noyau central, soit une substance homogène séparée en masses polygonales, cuboïdes surtout, soit enfin de petits globules graisseux. Il ne remarqua rien de semblable à la double vésicule décrite par M. Paterson.

Voici les conseils que donne l'auteur relativement à l'alopécie et à la calvitie. Ces maladies étant dues à un défaut de développement, de circulation, de nutrition de la substance du cheveu, la principale indication à remplir est d'exciter la circulation capillaire, en faisant laver la tête chaque matin avec du savon, en l'essuyant avec un linge rude, en la peignant avec un peigne dur jusqu'à produire de la rougeur, puis ensuite en frictionnant le crâne pendant cinq minutes avec une substance stimulante. Il donne la préférence à la formule suivante :

℞ Eau de cologne	ʒ jj
Huile de cantharides	ʒ jj
Huile de romarin, huile de lavande, de chaque	gutt: X

Il emploie aussi une pommade contenant des cantharides, ou de l'huile de croton : il a obtenu beaucoup de succès de l'iodine dans les cas les plus rebelles.

(*London, Medical Gazette.* Octobre 1843.)

Lorsqu'il y a quelques années, dans mes cours à la Faculté de médecine, je disais que le temps était venu de pénétrer plus avant dans l'étude des maladies cutanées, lorsque je proposais comme moyen de parvenir à mieux connaître leur nature, un essai de classification basé sur les conditions anatomiques et physiologiques de la peau (1), je croyais être dans le vrai ; au-

(1) PLAN DU COURS PROFESSÉ EN 1841-42-43.

1er Groupe. — INFLAMMATIONS.

- 1er *Genre.* — ÉRUPTIONS NON SPÉCIFIQUES, pouvant exister à l'état aigu ou chronique : Erythème. Erysipèle. Urticaire. Herpès. Eczéma. Pemphygus Impetigo. Ecthyma. Sycosis. Strophulus. Lichen.
- 2e *Genre.* — ÉRUPTIONS NON SPÉCIFIQUES, existant toujours à l'état chronique : Rupia. Prurigo. Lepra. Psoriasis. Pityriasis. Pellagre.
- 3e *Genre.* — ÉRUPTIONS SPÉCIFIQUES AIGUES : Roseole. Rougéole. Scarlatine. Variole. Vaccine. Varicelle. Miliaire.
- 4e *Genre.* — ÉRUPTIONS SPÉCIFIQUES CHRONIQUES : Syphilides.

2e Groupe. — LÉSIONS DE SÉCRETION.

- 1er *Genre.* — LÉSIONS DE LA SÉCRÉTION FOLLICULEUSE : Acné. Porrigo. — Favosa.
- 2e *Genre.* — LÉSIONS DE LA SÉCRÉTION DE LA MATIÈRE ÉPIDERMIQUE : Ichthyose. Productions cornées.
- 3e *Genre.* — LÉSIONS DE LA SÉCRÉTION DE LA MATIÈRE COLORANTE : *Décolorations.* Albinisme. Vitiligo. *Colorations.* Teinte bronzée. Ephélides. Nævi pigmentaires.

3e Groupe. — HYPERTROPHIES. Développement anormal des parties affectées : Eléphantiasis des Arabes. Molluscum. Framboesia. Verrues. Nævi vasculaires.

4e Groupe. — DÉGÉNÉRESCENCES tendance à détruire les parties affectées : Éléphantiasis des Grecs. Bouton d'Alep. Kéloïde. Lupus. Cancer.

5e Groupe. — MALADIES HEMORRHAGIQUES. Maladies caractérisées par la présence du sang plus ou moins altéré hors des vaisseaux qui doivent le contenir : Hémorrhagies de la peau proprement dites. Purpura. Mélanose.

6e Groupe. — LÉSIONS de la sensibilité de la PEAU : Hyperesthésie (générale ou locale). Anesthésie.

7e Groupe. — CORPS ÉTRANGERS : Acarus. Gale. Pédiculus. Pulex.

8e Groupe. — MALADIES des ANNEXES : Maladies des *Annexes.* — Alopecie. — Canitie. — Plique. Maladies des *Ongles.* — Onyxis.

jourd'hui j'en suis convaincu, et c'est avec une véritable satisfaction que je retrouve dans l'ouvrage du docteur Wilson des efforts tout à fait analogues, efforts qui tendent à ramener la pathologie cutanée dans les voies d'une observation matérielle et positive. — L'extrait du journal anglais met en relief plusieurs points importants de cet ouvrage. Ainsi les considérations de l'auteur sur le tissu fibreux contractile du derme sont évidemment pleines d'intérêt. Je n'en dirai pas autant de l'opinion singulière qui tendrait à faire regarder la variole, la scarlatine et la rougeole comme l'expression différente d'un même principe contagieux. Il n'y a rien dans les symptômes précurseurs, rien dans le cortège des phénomènes qui les accompagnent, rien dans leurs caractères propres, rien, absolument rien qui autorise un pareil rapprochement. Celui qui tend à comprendre sous le nom de maladies varioliques la variole et la varicelle, pour avoir été déjà soutenu par quelques pathologistes recommandables, ne saurait paraître plus exact, surtout aujourd'hui que l'on connaît mieux les diverses formes que revêt la variole modifiée, formes qu'il importe de séparer de la varicelle proprement dite. Quant à la séparation que l'auteur fait de l'ichthyose et des affections squameuses proprement dites, c'est un soin que plusieurs pathologistes ont pris déjà depuis longtemps; moi-même j'ai fait de l'ichthyose un groupe à part, dans l'ordre des lésions de sécrétion (1). — Déjà à plusieurs reprises on s'est occupé de la question de l'antiquité de la gale, et un savant bibliographe a récemment, dans le Dictionnaire de Médecine, cherché à démontrer qu'elle était connue des Grecs. Cependant, malgré son autorité en pareille matière, et malgré ses nombreuses recherches, rien n'autorise à penser que la gale ait été réellement décrite par les anciens, et dans tous les cas c'est dans Avenzoar qu'il est question de l'acarus pour la première fois d'une manière positive, et même Moufet dans son *Theatrum insectorum* a soin de rappeler le passage du médecin arabe. Les nouvelles recherches du docteur Wilson sur l'animalcule parasite indiqué déjà par le docteur Simon de Berlin, sont évidemment très curieuses; j'en dirai autant de l'opinion que l'auteur a émise sur la nature du molluscum. — J'ai observé un cas qui était tout à fait en harmonie avec ce qu'il a reconnu lui-même: les petites tumeurs étaient évidemment formées par la réunion de plusieurs conduits excréteurs, d'où l'on pouvait faire prendre à la matière sébacée. Seulement, je ne vois pas pourquoi l'auteur voudrait que ce fût la forme que l'on a prise pour le molluscum contagieux. Dans le cas que j'ai observé chez une jeune anglaise et que je publierai plus tard, la maladie qui occupait les membres inférieurs n'avait pas été communiquée par contagion, elle semblait s'être développée sous une influence héréditaire. — Enfin, dans les conseils que l'auteur donne pour remédier à la chute des cheveux, il ne me semble pas avoir suffisamment distingué les diverses espèces d'alopécie, car les moyens qu'il conseille peuvent être évidemment très utiles dans le vitiligo du cuir chevelu, dans le porrigo decalvans, mais dans la plupart des cas d'alopécie ils seraient évidemment nuisibles.

(1) Voir le tableau d'autre part.

De l'injection des lymphatiques de la peau.

M. C. Sappey, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, vient de soutenir à la Faculté de Paris une thèse remarquable qui résume d'une manière nette et précise les progrès récents de l'anatomie dans l'injection, la préparation et la conservation des vaisseaux lymphatiques. Avant Panizza, qui en 1830 démontra avec une exactitude parfaite les vaisseaux lymphatiques du gland, du prépuce, de l'urèthre, et du testicule, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison aux ganglions de l'aine, le procédé d'injection par *ponction réticulaire* n'avait pas encore été mis en usage. Ruysch et Mascagni avaient-ils eu connaissance du procédé de l'anatomiste italien? Conjecturale et douteuse, la solution de cette question, qui paraît avoir pour Ruysch un grand degré de probabilité, n'est pas admissible dans le même sens pour ce qui touche Mascagni. Les argumens que M. Sappey emploie pour étayer cette manière de juger le sévère et consciencieux anatomiste de Florence sont tout à fait péremptoires et démontrent jusqu'à l'évidence que Mascagni n'avait jamais connu que la *ponction vasculaire*.

Véritable acquisition de notre temps, la ponction réticulaire fut donc mise en usage pour la première fois en 1830 par Panizza. En 1833, Fohman, anatomiste de Liège, en fit usage, et, malgré l'imperfection dans laquelle il avait encore laissé cette puissante ressource, il parvint à obtenir le difficile

résultat de l'injection des réseaux muqueux. En 1834, M. Cruveilhier trouva empiriquement le procédé de la ponction réticulaire. En 1841, le concours pour la place de chef des travaux anatomiques permit à des compétiteurs habiles de s'occuper de cette intéressante question. M. Sappey résume ainsi les propositions qui ressortent comme résultat des travaux anatomiques entrepris pendant ce concours :

1° La ligne médiane est le lieu d'élection pour l'injection des vaisseaux lymphatiques superficiels de la tête, par le procédé de la ponction réticulaire.

2° Le procédé de Mascagni, loin d'être abandonné, mérite au contraire d'être conservé, mais seulement comme procédé accessoire et complémentaire, et avec cette modification importante que la ponction doit être faite sur le vaisseau plein et non sur le vaisseau vide.

3° L'injection des vaisseaux lymphatiques du fœtus, difficile par le procédé de Mascagni, présente une grande facilité par le procédé nouveau et réussit constamment d'une manière plus prompte, plus sûre, plus complète que celle des mêmes vaisseaux sur l'adulte.

Se livrant à l'appréciation des travaux du concours de 1842 pour la place de prosecteur des hôpitaux, place à laquelle il fut nommé, M. Sappey résume encore par les propositions suivantes le résultat scientifique de cette lutte que le sort avait encore fait tomber sur les lymphatiques :

1° On connut le lieu d'élection pour l'injection des lymphatiques superficiels des membres supérieurs.

2° On généralisa la ponction réticulaire en l'étendant à toute la surface du corps.

Puis M. Sappey décrit des modifications importantes qu'il a apportées dans les instruments à l'aide desquels on met en pratique le procédé nouveau. Il fait suivre ces détails intéressants de l'examen de l'injection des lymphatiques de la peau, des muqueuses, des séreuses. J'ai cru devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs ce qui, dans l'important travail de M. Sappey, a trait à l'injection des lymphatiques de la peau.

Les sujets les plus favorables au succès de cette injection sont les adultes amaigris qui ont succombé à une affection chronique ancienne et qui offrent une légère infiltration. Les hommes sont, en général, préférables par la maigreur plus complète qu'ils présentent. Les enfants ne sont utiles que lorsqu'on veut étudier les vaisseaux lymphatiques superficiels de la tête, qui sont chez eux très développés. Mais toutes les autres parties du système lymphatique sous-cutané sont, à cet âge, beaucoup moins apparentes. Chez les vieillards, ces vaisseaux sont ordinairement faciles à injecter. Ils demeurent très manifestes jusque vers les derniers temps de la vie et semblent assujettis dans leur développement aux mêmes lois que les veines qui échappent en quelque sorte à l'atrophie qui s'empare de tous les autres systèmes, et surtout du tissu artériel.

La saison qu'on devra choisir de préférence sera celle des chaleurs modérées, c'est à dire la fin du printemps et le commencement de l'automne. Il faut éviter les grandes chaleurs de l'été, qui hâtent tellement la putréfaction que les vaisseaux lymphatiques noircissent quelquefois et s'altèrent avant que la préparation ne soit terminée. Cependant, il importe de remarquer que, sous l'influence de ces températures élevées, les vaisseaux lymphatiques se remplissent parfois de gaz qui facilitent à un degré remarquable la progression du mercure dans leurs cavités ; j'ai vu souvent cette progression s'accomplir avec une rapidité telle que le métal passait presque instantanément d'un bout à l'autre du vaisseau.

La putréfaction exerce sur les vaisseaux lymphatiques une influence remarquable, mais bien différente et presque diamétralement opposée sur les réseaux originaires et sur les troncs qui en partent. Lorsqu'elle est assez avancée pour que l'épiderme se sépare et pour donner au derme une teinte légèrement verdâtre, on injecte avec la plus grande facilité les réseaux des doigts, des orteils, du cuir chevelu ; les plus beaux réseaux sont ceux qu'on obtient en piquant des lambeaux de téguments arrivés à ce degré de putréfaction. La teinte verdâtre du derme, contrastant avec le reflet métallique du mercure, donne un nouvel éclat aux lamelles argentées que forme le système capillaire lymphatique à son origine. Mais le mercure, après être parvenu à sa hauteur ordinaire dans les vaisseaux, ne chemine plus dans leurs cavités qu'avec une extrême lenteur. Le métal semble alors adhérer aux parois vasculaires ; et si, pour activer sa marche, on exerce avec le manche d'un scalpel de douces frictions ascendantes sur le vaisseau lui-même, on parvient, avec beaucoup de peine, à l'accélérer ; lorsqu'on a recours à la ponction directe du tronc lymphatique, le mercure s'avance un peu, puis s'arrête de nouveau, bien qu'il n'existe aucun obstacle apparent à sa progression, et enfin déchire les parois du vaisseau pour se répandre au dehors, si on persiste dans l'emploi de ces moyens mécaniques. De là il suit que la putréfaction est éminemment utile pour l'étude des réseaux, mais funeste à l'injection des troncs, et par conséquent il convient de l'éviter dans la préparation des pièces destinées à figurer dans les collections anatomiques.

La macération, assez prolongée pour amener la séparation de l'épiderme, présente à la fois moins d'avantages et moins d'inconvénients que la putréfaction. Comme cette dernière, elle rend très facile la pénétration du mercure dans le système capillaire lymphatique, mais les réseaux sont loin de présenter un aussi beau reflet métallique : comme elle, elle tend à ralentir la marche du mercure dans les vaisseaux ; mais son influence, sous ce rapport, est beaucoup moins funeste. Comme elle, enfin, elle prédispose tous ces vaisseaux aux ruptures ou à la coloration noirâtre. En résumé, après de nombreux essais,

je suis arrivé à cette conclusion, que la putréfaction et la macération, excellentes comme moyen d'étude, doivent être évitées lorsqu'on se propose de montrer le trajet des vaisseaux lymphatiques. Les préparations les plus belles, les plus riches, sont celles pour lesquelles on emploie des sujets parfaitement sains.—L'injection d'eau dans les artères a été généralement recommandée, et ce conseil repose soit sur la facilité plus grande avec laquelle on injecte les sujets légèrement infiltrés, soit sur l'expérience directe. Je n'ai retiré de ce moyen aucun avantage ni aucun inconvénient bien marqués; mais en soumettant une artère à un courant d'eau continu, d'après le procédé récemment imaginé par M. Lacauchie, j'ai pu constater les bons effets de cette injection, qui me paraît surtout pouvoir être utilisée pour l'étude des vaisseaux lymphatiques des membranes séreuses et muqueuses. Une langue exposée pendant un quart d'heure à un courant d'eau continu s'est recouverte, à la première piqûre, d'un très beau réseau, dont les troncules allaient se rendre aux ganglions placés sous l'angle de la mâchoire. Malheureusement, le temps ne m'a point permis de multiplier davantage ces essais. J'ai vu sur la face convexe du foie et sur le mésentère d'un enfant dont l'aorte et toutes ses ramifications avaient été parcourues pendant vingt-quatre heures par un semblable courant, les vaisseaux lymphatiques distendus et très apparents. Leur injection eût été facile. Ces motifs me portent à penser que ce moyen, appliqué à l'étude des vaisseaux lymphatiques, pourrait, dans beaucoup de circonstances, devenir utile.

Le mécanisme de l'injection du système capillaire lymphatique de la peau comprend plusieurs actes successifs : 1° la préparation de l'appareil; 2° la manière de le saisir; 3° le mode suivant lequel la pointe du tube doit être plongée dans la peau; 4° la durée de cette ponction.

L'appareil ayant été convenablement suspendu et rempli de mercure à une hauteur variable, suivant le but qu'on se propose, l'anatomiste saisit par sa partie moyenne le tube en verre, qui a été préalablement effilé à la lampe à alcool, et frotte sa grosse extrémité dans l'étendue de 8 à 10 millimètres, et sur toute sa circonférence, avec un fragment de cire jaune. Cette petite opération est importante, et exige de l'attention pour ne pas briser la pointe délicate du tube. Ensuite, sur toute la portion qui a été frottée avec la cire, on enroule un fil de soie; la soie la plus convenable pour cet usage est celle qui est connue dans le commerce sous le nom de soie de Chine. Elle est plate et s'applique sur le tube d'une manière parfaitement égale. On l'enroule en procédant régulièrement de haut en bas et de bas en haut, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un cylindre d'un diamètre un peu plus considérable que celui de la cavité de l'ajutage; cet enroulement terminé, on fixe l'extrémité de la soie, non par un nœud, mais en frottant de nouveau toute la surface de ce cylindre de soie avec la cire: le fil se trouve ainsi placé entre deux couches de cire très légères, qui ont pour usage, la première, de fixer la soie sur le tube et de l'empêcher de se laisser refouler de haut en bas au moment où l'on introduit le tube dans l'ajutage; la seconde, de fixer à la place qu'ils occupent chacun des tours les plus superficiels du fil, et de prévenir, soit leur relâchement, soit leur tassement. Le tube en verre, convenablement effilé à une de ses extrémités, et doublé de soie à son extrémité opposée, est présenté à l'orifice de l'ajutage avec la main droite, tandis que la main gauche soutient le robinet et le fixe invariablement. Dès qu'il a pénétré de 1 ou 2 millimètres dans le canal de l'ajutage, on lui imprime un mouvement de rotation, de manière à le faire remonter de 7 à 8 millimètres dans ce canal. Cette première opération terminée, l'opérateur saisit le robinet de l'appareil avec la main droite, en plaçant le pouce sur le côté gauche et le médius sur le côté droit; l'index repose par sa pulpe sur l'extrémité inférieure du levier destiné à tourner le robinet de droite à gauche; les deux derniers doigts restent libres pour prendre un point d'appui sur les parties voisines; la main gauche fixe la partie sur laquelle la ponction doit être faite: la pointe du tube est alors dirigée sur le lieu d'élection, presque parallèlement à la peau, ou du moins sous un angle extrêmement oblique. Elle est enfoncée de manière à arriver jusque dans l'épaisseur de la couche la plus superficielle du derme, qu'elle doit labourer en quelque sorte dans l'épaisseur de sa couche réticulaire sur une étendue de 2 ou 3 millimètres. Si la pointe du tube ne pénètre pas à cette profondeur, le mercure reflue sur ses parties latérales entre celle-ci et la petite solution de continuité, et l'opération échoue. Lorsque la ponction a été exécutée, on imprime au levier du robinet un mouvement de rotation de droite à gauche, à l'aide de la pulpe du doigt indicateur. Et si l'opération a été bien exécutée, on voit le mercure courir dans tous les sens, remplir le système capillaire, et recouvrir le derme d'un réseau argenté. Le tube est maintenu dans cette position pendant une demi-minute ou une minute au plus; on le retire ensuite, car dès lors la ponction a produit tout ce qu'elle peut produire; en soumettant plus longtemps le réseau qu'on a obtenu à l'influence de la pression de la colonne mercurielle, on s'expose à l'infiltration du mercure dans le tissu cellulaire ou à son passage dans les veines.

Pour terminer ce qui me reste à dire sur l'injection des vaisseaux lymphatiques de la peau, je vais passer rapidement en revue les diverses régions du corps, et indiquer les principaux lieux d'élection pour chacune d'elles.

1° Sur le crâne, l'espace où on injecte avec le plus de facilité les réseaux s'étend depuis la suture lambdoïde jusqu'à la suture fronto-pariétale. En piquant le pavillon de l'oreille, soit sur sa face externe, soit sur sa face interne, on obtient aussi avec facilité de très beaux réseaux. Une seule piqûre suffit souvent pour recouvrir d'un lacis à mailles fines et serrées toute une face de ce pavillon.

2° Sur la face, la ligne médiane est encore le siége du système capillaire lymphatique. La racine, le lobe, les ailes du nez et la commissure des lèvres, sont les points qu'il importe surtout de piquer. Chez certains sujets, on obtient aussi quelquefois de très beaux réseaux, en dirigeant la pointe du tube sur les téguments qui recouvrent l'os de la pommette.

3° Sur les membres supérieurs, on injectera tous les vaisseaux lymphatiques superficiels en piquant les doigts sur leurs deux parties latérales et la paume de la main sur les divers points de sa surface. On peut dire d'une manière générale que l'extrémité des doigts est entourée d'un réseau lymphatique échancré au niveau de l'ongle où cet ordre de vaisseaux manque complètement. Ce réseau est très abondant sur la face palmaire, où il est constitué par des radicules très déliées; il est un peu plus développé sur la face dorsale, et présente son maximum de développement sur les parties latérales, en sorte que ce point est celui qu'il faut en général choisir. Le lieu le plus convenable après les régions latérales est la face palmaire : sur ce point, on peut souvent avec une seule piqûre pénétrer simultanément dans les deux troncs qui rampent sur les côtés du doigt, si on a eu le soin de détacher préalablement l'épiderme par la macération; la région dorsale est plus facile à injecter; mais le voisinage des veines, qui sont accumulées en grand nombre dans cette région, est une cause trop fréquente du passage de l'injection dans cet ordre de vaisseaux pour que cette région puisse mériter la préférence. Pour obtenir l'injection la plus riche possible, il convient de faire dix piqûres, c'est à dire de piquer chacune des régions latérales des cinq doigts. La paume de la main est extrêmement difficile à injecter, tant qu'elle est recouverte de son épiderme; cette membrane organique étant, en effet, plus ou moins épaisse, le tube qui la traverse en taille une couronne qui reste apposée sur son orifice comme un bouchon, et s'oppose à la sortie du mercure : il faut donc avoir soin, par des frottements convenables, d'enlever la plus grande partie de cette couche épidermique. Mais le moyen le plus sûr et le plus facile, lorsqu'on veut étudier les vaisseaux de cette région, consiste à détacher l'épiderme complètement, à l'aider de la macération : l'injection deviendra alors si facile, qu'on pourra la pratiquer dans toutes les conditions, et avec les appareils les plus défectueux. Le point d'élection pour cette région est sa partie centrale. Pour obtenir une préparation complète des vaisseaux lymphatiques superficiels des membres supérieurs, il est indispensable d'injecter les réseaux de cette région; car de cette région partent un grand nombre de lymphatiques, et particulièrement ceux qui occupent la partie médiane antérieure de l'avant-bras; et lorsque ces vaisseaux manquent dans une préparation, le système des vaisseaux lymphatiques superficiels de ces membres est sensiblement tronqué.

Après l'injection des réseaux des doigts, le mercure arrive sur la surface dorsale de la main, à la hauteur du poignet, et s'arrête presque constamment dans ce point; alors il convient de mettre en usage le procédé de Mascagni, afin de forcer le métal à remonter jusqu'à la terminaison des lymphatiques dans les ganglions. Cette ponction, dirigée sur un point où les parois vasculaires sont dilatées par la présence du liquide injecté, se présente sous les apparences d'une opération extrêmement facile. Il n'en est rien cependant : en apportant dans son exécution la plus grande attention, on la manque souvent. Voici le procédé qui m'a le mieux réussi. Je dénude aussi complétement que possible la partie du vaisseau que je me propose de ponctionner, et je passe sous ce vaisseau un fil dont je ramène ensuite les deux extrémités en avant pour en faire une anse, avec laquelle je l'étrangle immédiatement au dessous du point dans lequel le tube sera introduit; cette ligature a pour but de prévenir l'effusion du mercure. Je prends ensuite dans la main droite le robinet, qui doit être muni d'un tube à pointe très déliée, et avec la main gauche je fixe le vaisseau, à l'aide d'une pince fine, en le saisissant au niveau de son étranglement; je dirige le tube capillaire parallèlement à ce vaisseau, et après avoir déprimé légèrement sa surface, de manière à produire une sorte de ride au devant de la pointe du tube, j'enfonce celle-ci, par un petit mouvement brusque et précis, dans l'épaisseur de la ride, et je pénètre dans la cavité vasculaire. Si l'opération a réussi, le succès est annoncé sur le champ par la réplétion presque instantané du vaisseau jusqu'au premier ganglion; si le mercure ne pénètre pas, il est inutile d'insister; l'opération est manquée, et il faut la renouveler. Cette opération est, de toutes celles que nécessite la préparation des vaisseaux lymphatiques, celle qui exige le plus d'habitude, de patience et de dextérité. Le tube que j'ai décrit précédemment a été construit en partie dans l'espoir de supprimer ce second temps de l'injection des vaisseaux lymphatiques; mais il ne m'a pas encore été permis d'en faire l'essai sous ce point de vue.

Ce que je viens de dire des vaisseaux lymphatiques du membres thoracique est parfaitement applicable à ceux du membre abdominal.

4° *Scrotum.* — L'enveloppe scrotale est de toutes les parties du système cutané la plus riche sans contredit en vaisseaux lymphatiques. Une seule piqûre faite près du raphé, et vers sa partie inférieure, donne naissance à un lacis très considérable de capillaires lymphatiques qui paraissent constituer presque exclusivement cette enveloppe, et produisent une grand nombre de troncs qui vont se jeter dans les ganglions de l'aine.

5° *Seins.* — La peau des mamelles est recouverte d'un système capillaire lymphatique dont l'injection est d'autant plus facile qu'on se rapproche davantage du mamelon. Ces réseaux ont été parfaitement représentés par Fohmann.

6° Enfin, il n'est aucun point de la surface du corps sur lequel on ne puisse parvenir à découvrir ces mêmes capillaires; en piquant les téguments au dessus de la saillie de l'os des îles, j'ai injecté tous les vaisseaux lymphatiques qui rampent sur les parties latérales du tronc, et vont ensuite se jeter dans les ganglions de l'aisselle. En piquant les téguments de la partie antérieure du genou, j'ai pu injecter les ganglions de l'aine, et il serait peut-être difficile de trouver sur la surface de la peau un seul point qui fût dépourvu du système capillaire lymphatique. Mais les points que j'ai signalés comme lieux d'élection sont incontestablement supérieurs à tous les autres, par le grand développement des réseaux et le volume des troncs qui en partent.

(*Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris.*— Décembre 1843).

Paris.—Imp. Félix Locquin, 16, r. N.-D. des Victoires.

1re ANNÉE. — 1er VOLUME. — N° 6. — JANVIER. — 1844.

ANNALES
DES
MALADIES DE LA PEAU
ET
DE LA SYPHILIS.

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES AFFECTIONS SQUAMEUSES DE LA PEAU. — PSORIASIS. — LEPRE VULGAIRE.

(Troisième article.)

Il est facile de conclure, de ce qui précède, que jusqu'alors la thérapeutique des affections squameuses est, pour ainsi dire, tout empirique; et, d'un autre côté, si on se rappelle l'opiniâtreté avec laquelle ces maladies résistent habituellement aux moyens employés pour les combattre, on comprendra que l'on a dû diriger contre elles une foule de traitements. Et, en effet, on a vanté contre la lèpre vulgaire et le psoriasis un très grand nombre de moyens, une grande quantité de remèdes, qui sont loin toutefois d'avoir une égale efficacité. Tout en convenant d'ailleurs que nous ne connaissons pas encore aujourd'hui une thérapeutique rationnelle à opposer à ces affections, il faut établir cependant que dans la foule de médicaments vantés tour à tour, une observation attentive et une expérience de plusieurs années ont permis de faire un choix et de mettre en relief quelques traitements d'une efficacité incontestable et du mode d'action desquels on peut, jusqu'à un certain point, se rendre compte. Or, tous les moyens qui sont employés avec un succès réel contre la lèpre vulgaire et le psoriasis, ont une action évidente sur la peau elle-même, dont ils augmentent la circulation capillaire, dont ils stimulent l'énergie fonctionnelle, dont ils réveillent la sensibilité : souvent même, c'est sous leur influence que les plaques excitées outre mesure, deviennent, comme je l'ai déjà dit, le siège d'une inflammation nouvelle, érythémateuse, compliquée quelquefois de l'apparition de vésicules.

Rappelons aussi qu'à côté d'observations très incontestables de guérisons solides, complètes, obtenues pour des affections qui duraient depuis bien des années, il y a beaucoup de cas dans lesquels la maladie s'est reproduite après deux, trois ou quatre ans d'une modification définitive en apparence. Il faut bien avouer que la rareté et l'éloignement plus ou moins grand des récidives est souvent le meilleur résultat obtenu à l'aide des moyens proclamés aujourd'hui comme étant très efficaces : c'est même dans le plus ou moins de facilité de cas récidives, qu'il faut aller chercher la source de l'opinion qui établit, en principe, que, pour les affections squameuses on peut se contenter d'applications topiques, et qu'à l'aide d'un traitement externe on obtient des guérisons tout aussi bonnes que par l'emploi des moyens administrés à l'intérieur.

Comme on le voit, c'est tout d'abord une question importante que celle qui consiste à apprécier la valeur des applications externes.

J'ai vu plusieurs fois une éruption squameuse, surtout un psoriasis, et principale-

ment quand il était peu étendu, disparaître sous l'influence unique de certaines frictions. Mon collègue, M. le docteur Emery a observé et rapporté un grand nombre de faits analogues. La possibilité de faire disparaître une forme squameuse par des moyens topiques est donc un fait incontestable. Mais cette méthode est-elle toujours sans inconvénients? Je ne le pense pas... Peut-on avec elle obtenir les guérisons radicales, auxquelles on arrive au moins quelquefois avec des traitements internes plus ou moins énergiques? Assurément non. A-t-elle quelque chance de succès dans les cas d'éruptions squameuses invétérées? peut-on, dans ces cas, obtenir avec elle une guérison apparente quelque peu durable? Je ne le pense pas encore; ou pour dire mieux, les faits que j'ai personnellement observés m'ont conduit à une conclusion complètement opposée. Aussi, je n'hésite pas à penser qu'une affection squameuse étant connue, il n'y a pas de parallèle à établir, au point de vue d'une guérison même momentanée, entre un traitement exclusif, par les applications topiques, et celui qui consiste dans l'administration de remèdes à l'intérieur. Toutefois, et en reconnaissant ce principe comme généralement vrai, il y a encore beaucoup de distinctions à faire entre tel et tel traitement externe.

On a vanté et trop souvent appliqué la cautérisation au traitement de la lèpre et du psoriasis. C'est un moyen au moins inutile, et c'est à lui qu'il faut appliquer surtout ce que je disais tout à l'heure des inconvénients attachés à telle ou telle forme de traitement. Il faut ajouter même qu'il peut être dangereux, et j'en citerai tout à l'heure un exemple remarquable. Pour que la cautérisation ait quelque efficacité, il faut qu'elle soit assez profonde pour détruire tout le tissu malade: or, à cette condition, elle laisse une cicatrice, et l'on comprend que nul ne voudrait acheter la guérison d'une affection squameuse à un pareil prix, alors même qu'elle serait peu étendue, surtout si l'on peut l'obtenir avec un autre moyen; mais, à plus forte raison, ne devra-t-on jamais avoir recours à ce moyen, si l'éruption est générale ou au moins largement répandue, ce qui a lieu le plus souvent; si la cautérisation ne guérit pas, ce qui arrive toujours; si, enfin, elle peut déterminer des accidents, ce qui arrive quelquefois. J'ai actuellement dans mes salles un jeune homme dont les membres sont couturés de cicatrices blanches, déprimées, indélébiles, résultant de cautérisations pratiquées pour guérir une lèpre vulgaire, et qui ont été suivies de la réapparition des disques à côté des points cautérisés. Je vais rapporter tout à l'heure l'observation d'un médecin qui faillit succomber à des accidents survenus à la suite de la cautérisation de plaques de psoriasis; mais il est permis dès à présent de conclure de ces faits et d'autres analogues, que la cautérisation est un mauvais moyen qui ne doit jamais tronver place dans la thérapeutique des éruptions squameuses.

Je n'en dirai pas autant de l'application de certaines pommades qui paraissent agir localement à la manière de quelques médicaments internes, c'est à dire en excitant la peau, en l'aidant à se dépouiller de cette enveloppe squameuse, en activant les fonctions de sécrétion. Ici, je le répète, la question pour moi est surtout dans le plus ou moins d'efficacité des remèdes internes ou externes, et aussi un peu, il faut le dire, dans le plus ou moins de sureté, d'innocuité de la guérison. On a vanté un grand nombre de ces pommades pour combattre la lèpre ou le psoriasis, soit qu'on les ait présentées comme des auxiliaires plus ou moins utiles d'un traitement interne, soit qu'on les ait proposées comme devant suffire à la guérison de ces maladies.

Je n'ai pas l'intention de les passer toutes ici en revue, et je me contenterai de parler des deux principales, dont l'efficacité a été constatée par un grand nombre de faits : de la pommade d'iodure de soufre introduite dans la thérapeutique des maladies de la peau par Biett, et de la pommade de goudron, dont mon collègue M. Emery a fait une heureuse application au traitement du psoriasis.

Pommade d'iodure de soufre.

℞ Iodure de soufre, — de 1 gram. à 1 gram. 50.
Axonge purifiée, — 32 gram.
M. pour frictions matin et soir.

J'ai vu Biett obtenir, et j'ai obtenu moi-même de très bons résultats de l'emploi de cette pommade; mais le plus souvent, il est vrai, c'était comme auxiliaire d'un traitement interne. Dans quelques cas, cependant, elle a pu modifier seule la maladie squameuse, et alors elle était associée seu-

lement à l'administration de quelques amers ou de légers purgatifs.

Ordinairement, à l'aide de cette pommade, on attaque l'éruption d'une manière successive, et ce n'est que lorsque celle-ci a disparu d'une région, qu'on la poursuit par des frictions analogues sur un autre point.

A cette occasion, j'ai observé plusieurs fois quelque chose d'assez remarquable; c'est que sous l'influence de frictions faites avec la pommade d'iodure de soufre, sur un point limité, sur un membre par exemple, l'éruption marchait sensiblement vers la résolution, non seulement dans les points frictionnés, mais encore sur toutes les parties où l'on n'avait pas mis de pommade. J'ai vu aussi avec Biett la disparition complète d'une éruption même étendue, bien que, je le répète, les frictions n'aient été faites que sur des surfaces restreintes. Y avait-il dans ces cas absorption du médicament? Ce serait possible, à la rigueur, bien que je ne croie pas que ce soit la cause de la modification survenue; je crois plutôt que l'excitation nouvelle produite par la pommade, sur les points frictionnés, s'est communiquée aux autres parties, et qu'il s'est passé là, pour la guérison, quelque chose d'analogue à ce que j'ai observé tant de fois, à cette espèce de retentissement sympathique en vertu duquel un emplâtre, par exemple, appliqué sur un point est la cause d'une éruption générale.

J'en pourrais dire autant des frictions avec la pommade de goudron. Toutefois, dans la méthode de M. Emery, l'application en est encore plus large; mon collègue se sert habituellement de la formule suivante :

℞ : Goudron, 4 grammes.
Axonge, 32 grammes.

M.

On frictionne largement deux fois par jour, tous les points occupés par l'éruption. De temps en temps, un bain alcalin, un bain de vapeur, sont employés pour nettoyer la peau et pour venir en aide à l'action du médicament. A l'aide de ces frictions, il est incontestable que l'on a vu souvent l'éruption disparaître avec une remarquable promptitude. M. Emery a observé beaucoup de cas curieux de ce genre. C'est, toutefois, un moyen dont l'emploi présente quelques inconvénients, sous plusieurs rapports. L'odeur du goudron, les effets de la pommade sur le linge, en rendent l'application difficile principalement quand l'éruption occupe de grandes surfaces. On pourrait à la rigueur, surtout quand l'éruption est limitée, remplacer la pommade d'iodure de soufre et de goudron, par d'autres qui ne présenteraient pas ces inconvénients. On en a même proposé et employé un assez grand nombre, parmi lesquels je citerai les pommades alcalines sulfureuses, mercurielles. Mais, outre qu'elles ne sont pas susceptibles d'une large application, elles sont bien loin d'avoir jamais la même efficacité que les deux sur lesquelles j'ai cru devoir m'arrêter avec quelques détails. J'ajouterai encore que, dans ces derniers temps, M. Emery a essayé à remplacer le goudron par la naphtaline; mais une odeur plus désagréable encore, une action trop irritante, et surtout des résultats moins heureux l'ont bientôt conduit à continuer la préférence au goudron. En résumé, il est incontestable que dans le traitement des affections squameuses, à l'aide de certaines pommades, et notamment des pommades d'iodure de soufre et de goudron, on obtient une disparition quelquefois très prompte de l'éruption, disparition plus ou moins permanente. A mon avis, par les raisons que j'ai dites plus haut, ces moyens constituent de puissants auxiliaires; pour mon collègue M. Emery, seuls ils peuvent dans beaucoup de cas suffire. On pourrait peut-être, d'ailleurs, formuler ainsi le résultat de l'observation sur ce point. Dans les affections récentes, peu étendues, on peut tenter, espérer une guérison par ce traitement externe. Dans les éruptions largement répandues; dans les formes invétérées, il ne doit plus être compté que comme auxiliaire, et il importe de l'associer à un traitement interne plus ou moins actif. C'est au moins là ma manière de faire; c'est aussi, d'ailleurs, ce que fait, je crois, mon collègue M. Emery.

Parmi les agents d'un traitement externe, il faut encore signaler les lotions, et surtout les diverses espèces de bains. Il est rare que l'on se soit contenté d'attaquer la lèpre ou le psoriasis, à l'aide de lotions seulement. A plus forte raison, ne sont-elles que des auxiliaires plus ou moins utiles, et auxquels on n'a recours en général que dans le cas d'éruption à siège excessivement limité, ou pour aider l'action de

certaines pommades. On en a d'ailleurs vanté et employé de toutes sortes, des lotions sulfureuses, mercurielles, alcalines, etc.; mais c'est surtout à ces dernières qu'on a recours le plus ordinairement, et ici elles peuvent, sans inconvénient être employées à dose assez élevée, dans les proportions suivantes, par exemple :

℞. Carbonate de potasse, de 4 à 8 grammes.
Eau de roses, 500 grammes.
M.

On peut dire que presque toutes les espèces de bains simples ou composés sont utiles dans le traitement des affections squameuses. On a employé contre elles les bains émollients, les bains sulfureux, alcalins, mercuriels, les fumigations sulfureuses et les bains de vapeur. Cependant ils ne sont pas recommandables tous au même titre.

Les bains simples, émollients, peu actifs ou peu efficaces, en général, ne sont utiles qu'accidentellement pour corriger l'action trop énergique du traitement interne ou externe, — les bains sulfureux ont évidemment dans quelques circonstances d'heureux résultats; c'est surtout à la condition qu'ils feront partie d'un traitement dont je parlerai tout à l'heure, à propos des traitements internes. — Les bains de sublimé qui ont été vantés à plusieurs reprises, ont été donnés, il n'y a pas longtemps encore, comme des remèdes presque infaillibles dans le traitement de la plupart des maladies de la peau. Assurément, s'il y a une forme contre laquelle on pourrait lui supposer une action heureuse, c'est, sans contredit, la forme squameuse : ici point de surface excoriée qui puisse faire redouter leur emploi : pas de crainte d'une excitation trop vive : on ne peut, avec la meilleure volonté, leur supposer d'autre action qu'une action locale irritante. Or, c'est précisément une action locale irritante qu'on leur demande en les opposant aux affections squameuses. Et cependant j'ai fait, avec Biett, une série d'expériences qui a été suivie avec beaucoup de soin par mon collègue M. le docteur Béhier, alors interne à l'hôpital Saint-Louis, et nous n'avons pas pu obtenir un seul cas de guérison.

De tous les bains liquides composés, ceux dont l'efficacité est incontestable, sont sans contredit les bains alcalins dans la proportion de 125 à 250 grammes de sous-carbonate de potasse. Biett y avait assez de confiance, et je l'ai vu quelquefois dans les formes peu graves, il est vrai, obtenir des guérisons sous leur unique influence. — Mais de toutes les espèces de bains ceux qui, sans contredit, sont applicables au traitement de toutes les formes squameuses, ceux dont l'utilité a été si bien et tant de fois constatée, qu'ils doivent faire presque nécessairement partie de toutes les espèces de traitement, ce sont les bains de vapeur aqueuse, à une température peu élevés de 32 à 35° Réaumur. Sous leur influence, non seulement la peau s'anime, les surfaces habituellement sèches se couvrent de sueur, les plaques se dépouillent de leurs squames, mais encore il s'établit une modification dans les parties affectées qui contribue puissamment à la résolution. — La vapeur sèche sulfureuse ou autre est rarement utile dans ces maladies; elle ne conviendrait, à la rigueur, que dans les formes graves de psoriasis invétéré, quand la peau est profondément malade.

Je viens de passer en revue les principaux moyens qui peuvent composer un traitement externe, en tâchant d'en apprécier la valeur individuelle. Je me suis assez expliqué pour établir le degré de confiance que l'expérience m'a appris à avoir en eux : je répèterai avant de passer à l'examen des moyens à administrer à l'intérieur, que les traitements externes qui, ordinairement pour moi, ne sont que des auxiliaires dans le traitement des maladies de la peau en général, bien qu'évidemment plus efficaces contre les affections squameuses, ne doivent encore entrer qu'à ce titre dans la thérapeutique de ces maladies.

On a cherché à combattre les affections squameuses, par l'emploi persévérant de purgatifs. — Cette méthode, dite de Hamilton, si souvent utile dans le traitement d'autres éruptions, et notamment des éruptions avec sécrétion plus ou moins abondante, dans les eczéma par exemple, dans les formes impétigineuses, cette méthode est, en général, inefficace contre le psoriasis et la lèpre vulgaire.

Les moyens dont, je le répète, l'emploi a été le plus souvent suivi de succès dans le traitement de ces maladies, semblent avoir tous une action directe sur la peau elle-même; les principaux sont les sulfureux, les antimoniaux, les sudorifiques,

la teinture de cantharides et les préparations arsénicales.

Les sulfureux conviennent surtout chez les jeunes sujets, chez les individus dont la peau est blanche et irritable; dans les formes légères : dans le psoriasis guttata; quand la maladie est récente.— J'ai actuellement, dans mes salles, une petite fille qui était couverte d'un psoriasis général, dont les plaques étaient, surtout confluentes au cuir chevelu, où elles représentaient assez bien une des formes de la teigne amiantacée d'Alibert. — Cette enfant avait en outre une chorée générale. — Sous l'influence d'un traitement par les sulfureux, traitement qui a duré six semaines, aujourd'hui la chorée est bornée à quelques mouvements imperceptibles, et l'éruption ne consiste plus que dans de légères traces d'ailleurs, et qui bien probablement seront promptement effacées. — J'ai obtenu plusieurs fois des effets analogues dans les conditions que je viens d'indiquer. — Je fais prendre habituellement à l'intérieur, les eaux Bonnes ou les eaux d'Enghien, quelquefois les eaux de Chelles, aux individus d'un tempérament lymphatique.

Je prescris en même temps deux ou trois bains sulfureux par semaine, c'est surtout, et dans ce cas, que ces bains constituent un auxiliaire puissant.

En général, les sulfureux échouent contre les formes graves, contre les psoriasis invétérés, contre la lèpre vulgaire.

— Un traitement généralement plus efficace, bien que les indications soient à peu près les mêmes que pour les sulfureux, c'est celui qui consiste dans l'administration des médicaments dits sudorifiques.

C'est à ce titre que j'ai quelquefois recours aux pilules de Plummer, qui, indépendamment de leur action purgative, agissent directement sur la peau elle-même.

Pilules de Plummer.

℞ Soufre doré d'antimoine,
Protochlorure de mercure :
De chaque, 12 grammes;
Suc épuré de réglisse, 8
Mucilage de gomme arabique, q. s.

Pour faire une masse qu'on divise en pilules de 30 centigrammes.

La dose est de *une* à *deux* par jour; il faut continuer, s'il est possible, plusieurs semaines.

Le plus souvent j'administre tout simplement une décoction rapprochée de squine ou de salsepareille, à laquelle je fais ajouter une petite quantité de daphné méséréum. Ainsi, j'emploie fréquemment la formule suivante :

℞ Salsepareille, 45 grammes,
Eau, 1,250.
Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers.

Ajoutez, dans les dix dernières minutes de l'ébullition :
Daphné méséréum, 1 gramme.
Passez. — Trois verres par jour.
Edulcorez avec le sirop de squine.

Le daphné est un médicament très actif, que Biett employait avec succès dans le traitement des accidents syphilitiques secondaires. Je l'ai fréquemment employé aussi avec avantage, même contre les affections squameuses non spéciales.

Je le prescris assez ordinairement aussi sous forme de sirop (1) pour édulcorer la décoction de salsepareille, ou comme partie intégrante d'un mélange dans lequel il est associé à un médicament dont les propriétés sont analogues; du melange suivant par exemple :

℞ Hyposulfite de soude, 4 grammes;
Sirop de daphné méséréum,
Sirop de squine :
De chaque, 125 grammes.
M.— Une cuillerée à bouche matin et soir.

Ce mode de traitement est ordinairement aidé puissamment par l'usage des bains de vapeur aqueuse; avec lui, je le répète, j'ai souvent obtenu de très bons résultats, alors

(1) On ne trouve ni dans les formulaires, ni dans le Codex la formule du sirop de daphné. On peut le préparer de différentes manières :
1° Avec la décoction de l'écorce, à dose ordinaire, de cette décoction. — Ce moyen est infidèle;
2° Avec la teinture alcoolique que l'on mêle avec du sirop de sucre, dans une proportion telle, que le sirop préparé représente, par 32 grammes, 20 centigrammes d'écorce ou ses principes actifs. — Ce moyen, qui est très bon, m'a été indiqué par M. Dublanc jeune;
3° Avec l'extrait, et surtout l'extrait hydro-alcoolique, dans la proportion de 10 centigrammes pour 500 grammes de sirop de sucre. — Ce procédé est le meilleur; on est beaucoup plus sûr des doses. C'est la formule dont je me sers constamment.

même que l'usage d'autres médicaments très actifs avait échoué. Cependant, nous avons vu quels ont été les résultats de la *décoction de Zittman*, qui, dans quelques cas au moins, semble agir à la manière des sudorifiques puissants.

—J'ai rarement recours à l'usage de la teinture de cantharide, et, en vérité, je ne sais trop pourquoi, si ce n'est que je leur préfère un autre mode de traitement dont je vais parler tout à l'heure ; car Biett avait une véritable confiance dans leur emploi thérapeutique, et je l'ai vu mainte et mainte fois obtenir avec elle des résultats remarquables. Ainsi, en dépouillant soixante cas d'affections squameuses, pris au hasard parmi les observations recueillies dans son service, je trouve 16 malades traités par la teinture de cantharides ; de ces 16 malades, 8 ont guéri ; chez 6, l'éruption a été notablement améliorée ; 1 n'a éprouvé aucune modification ; chez un autre, on n'a pu continuer le médicament, à cause de quelques accidents. Or, ces accidents, rares d'ailleurs ; consistent surtout dans des nausées, des coliques, de la diarrhée, plus rarement des érections incommodes. Ils cèdent toujours facilement d'ailleurs à l'interruption du traitement.

On administre la teinture de cantharides par gouttes : trois ou quatre d'abord ; puis on augmente progressivement jusqu'à vingt-cinq ou trente gouttes au plus, que l'on divise en deux ou trois doses, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Une chose assez remarquable pour être signalée en passant, c'est que c'est par suite de l'abus du langage que la teinture de cantharides a été introduite dans le traitement des éruptions squameuses. C'est contre la lèpre des Grecs, contre l'éléphantiasis, qu'on l'a recommandée d'abord ; et, par confusion des termes, on l'a appliquée plus tard au traitement de la lèpre vulgaire, dans lequel d'ailleurs, comme je l'ai dit, elle a été employée avec succès.

— Mais de tous les médicaments qui composent aujourd'hui la thérapeutique des affections squameuses, il n'y en a pas dont l'efficacité soit comparable, à beaucoup près, à celle des préparations arsénicales. Sans doute ce sont des médicaments actifs qui, administrés imprudemment et d'une manière inopportune, peuvent déterminer quelques accidents ; mais c'est là le fait de tous les agents thérapeutiques énergiques, et d'ailleurs ces accidents ne sont jamais si rapides, ni si soudainement graves, qu'on ne puisse les arrêter immédiatement ; souvent il suffit pour cela d'interrompre, ne fût-ce que pour quelques jours, l'usage de la préparation arsénicale. Ces accidents consistent d'ailleurs dans des coliques, des nausées, de la diarrhée, quelquefois un peu d'oppression, une petite toux sèche, pénible, revenant par quintes. Mais ces accidents sont rares. Certainement c'est un des médicaments que je manie le plus, que je conseille le plus souvent, et je déclare ici qu'il est rare que je sois obligé d'y renoncer à cause de ses mauvais effets. D'un autre côté, je l'ai vu dans bien des cas, au contraire, continué à des doses même plus élevées que je ne l'aurais conseillé, pendant des mois, pendant des années, et cela impunément. J'en cite plus bas, entre beaucoup d'autres, un exemple remarquable. Ce qui ne veut pas dire qu'il faille jamais oublier que les préparations arsénicales sont des médicaments d'une activité telle, qu'elles réclament impérieusement une grande prudence et une grande surveillance dans leur emploi. Quant à leurs effets sur la maladie elle-même, ils sont très remarquables et très faciles à constater. Toute la peau s'échauffe ; mais ce sont surtout les plaques malades qui s'animent : elles sont rouges, comme tuméfiées ; dépouillées de leurs squames, elles présentent dans les premiers temps un aspect érythémateux, qui plus tard est remplacé par une teinte pâle, signe précurseur de l'affaissement des plaques et de leur disparition progressive. — Dans la lèpre vulgaire, les disques se brisent, les bords s'affaissent, les cercles perdent leur forme arrondie, et les débris de chaque anneau marchent à la résolution, souvent avec une rapidité remarquable.

Sans doute les préparations arsénicales échouent quelquefois. — Sans doute, des guérisons obtenues sous leur influence, n'ont été aussi que passagères ; — Mais je ne crains pas d'avancer, après bien des observations, bien des expériences, que c'est sans contredit le traitement qui, à beaucoup près, réussit le plus souvent, que c'est peut-être encore le seul aujourd'hui avec lequel on obtienne des guérisons solides et permanentes.

J'ai vu, et bien des fois, des psoriasis et surtout des lèpres vulgaires qui avaient résisté depuis un grand nombre d'an-

nées, disparaître avec une rapidité merveilleuse sous l'influence des préparations arsénicales, et la guérison rester solide. — J'ai vu des psoriasis rebelles, limités souvent à un siège restreint, et qui avaient résisté pendant des années entières à mille moyens, aux eaux de toute espèce, à une suite de traitements, céder complètement aux gouttes de Fowler. J'en ai encore en ce moment en ville, un exemple très remarquable. C'est un psoriasis des paupières, pour lequel depuis des années la malade a parcouru toutes les eaux thermales, toutes les capitales de l'Europe, qui, à Paris, a résisté à plusieurs traitements énergiques, et qui a fini par céder à la solution de Fowler, seul moyen actif peut-être, auquel on n'avait pas encore eu recours.

Pour moi, les préparations arsénicales, aidées au besoin de quelques pommades, et toujours des bains de vapeur, constituent aujourd'hui, sinon l'unique, au moins le plus efficace des moyens de traitements à opposer au psoriasis et à la lèpre vulgaire.

Bien que l'expérience ait démontré que toutes les préparations arsénicales pharmaceutiques puissent se suppléer l'une à l'autre, et que telle réussit quelquefois là où telle autre avait échoué, et *vice versâ*, il y a cependant quelques règles à établir pour le choix à faire entre elles, suivant certaines formes d'éruption, et surtout suivant certains individus.

Ainsi chez les individus jeunes, irritables, chez les femmes, dans les cas d'éruption peu étendue, récente, de forme légère, de psoriasis guttata par exemple, je préfère la *solution de Pearson*, ou la solution de Biett.

Solution de Pearson.

℞ Arséniate de soude, 5 centigrammes.
Eau distillée, 32 grammes.
F. dissoudre.

Solution de Biett.

℞ Arséniate d'ammoniaque, 5 centigram.
Eau distillée, 32 grammes.
F. dissoudre.

Ces deux solutions sont administrées à la dose de cinquante centigrammes, que l'on porte successivement jusqu'à un et deux grammes par jour, en divisant toujours en deux doses à prendre matin et soir.

Dans le traitement de la lèpre vulgaire, j'ai recours de préférence à la liqueur arsénicale de Fowler qui m'a semblé avoir plus de prise, si je puis dire ainsi, sur cette éruption que les autres préparations arsénicales, et plus qu'elle n'en a elle-même sur les autres formes squameuses. — La solution de Fowler qui, d'après la formule du Codex contient un centième de son poids d'acide arsénieux, est par conséquent beaucoup plus énergique que la liqueur de Pearson. — On l'administre par trois ou quatre gouttes d'abord, jusqu'à douze gouttes par jour, dose que je ne dépasse jamais.

Enfin dans les formes graves, rebelles, dans les psoriasis invétérés, chez les individus mous, peu irritables, dont les voies digestives sont en bon état, j'emploie indifféremment avec la liqueur de Fowler, les pilules asiatiques, à la dose de une, jusqu'à deux, quelquefois mais rarement trois par jour.

Pilules asiatiques.

℞ Acide arsenieux porphyrisé, 5 centigram.
Poivre noir pulvérisé, 60 centig.
Gomme arabique en poudre, 10 centig.
Eau, q. s.
M. Pour faire selon l'art, une masse que l'on divise en douze pilules.

Quelque préparation arsénicale que l'on emploie, il faut toujours commencer par des doses minimes, augmenter progressivement, en surveillant attentivement ses effets. — Alors même qu'elle ne déterminerait aucun accident, il importe d'en interrompre de temps en temps l'usage, tous les mois par exemple, pour recommencer quelque temps après, mais toujours par de petites doses.

Je terminerai en rapportant une observation, dont le sujet est un médecin de province et qui a été rédigée par lui-même. — Cette observation curieuse à laquelle je n'ai pas voulu toucher, est assez intéressante sous plusieurs rapports, pour servir, pour ainsi dire, de résumé à ce que je viens de dire sur le traitement des affections squameuses.

M. *** a éprouvé dans son enfance que les maladies attachées à cet âge; il n'a jamais été atteint d'affections syphilitiques. Doué d'une bonne et forte constitution, il s'est bien porté jusqu'à trente ans. A cette époque il contracta, par une circonstance particulière, quelques boutons de gale, qu'il fit disparaître à l'aide de frictions avec

l'onguent citrin. Deux ans après, il éprouva des démangeaisons assez fortes sur la région dorsale, dans le trajet de la colonne vertébrale; des élevures écailleuses se manifestèrent, firent des progrès jusqu'à s'étendre de la largeur de la main. Bientôt il s'en développa de pareille nature sur toute l'étendue du cuir chevelu, avec un prurit insupportable : il semblait que des insectes se promenaient sous ces croûtes et excitaient les démangeaisons ; le malade se grattait au point d'enlever avec les ongles toutes les écailles croûteuses ; le sang coulait, et le calme survenait jusqu'à ce que les croûtes fussent reformées.

Dans ce premier moment de la maladie, M. *** se borna à faire usage de bains tièdes, de boissons rafraîchissantes, et d'un régime sévère. Ces précautions n'empêchant pas les progrès de cette affection, il eut recours aux bains d'eau de Barèges, aux tisanes dites dépuratives, aux jus d'herbes et à l'eau d'Enghien. Tous ces moyens, continués toutes les belles saisons, n'amenèrent aucuns résultats avantageux ; au contraire, les plaques se multipliaient, et le malade ne cessait de se gratter jour et nuit, jusqu'à imbiber son linge de sang. Sa santé générale se soutenait toujours en bon état.

Dans cette position, M. *** eut recours aux conseils du docteur Alibert, qui jouissait alors d'une grande réputation pour les affections de la peau.

Voici copie de sa consultation :

1° Trois fois par jour, laver la tête avec de l'eau de Barèges chaude ;

2° Prendre des bains fumigatoires sulfureux ;

3° Prendre tous les jours deux onces de suc de pissenlit dans un grand verre de petit lait clarifié ;

4° Prendre tous les jours une pilule de Belloste ;

5° Il faudra successivement cautériser les plaques avec le nitrate d'argent ; on commencera par celles situées sur la colonne vertébrale.

M. *** a exécuté ponctuellement les quatre premiers articles de la consultation ; mais ayant lui-même quelques connaissances médicales, il répugnait à la cautérisation ; il craignait une répercussion. M. Alibert soutint le contraire en citant des faits dans de semblables circonstances, dont les malades avaient obtenu une guérison soutenue. M. ***, qui ne demandait également qu'une guérison, céda, et M. Alibert fit lui-même la première application du caustique.

La prévision de M. *** ne fut pas longtemps à se manifester : aussitôt que l'eschare fut tombée et la cicatrice formée, sa santé s'altéra ; une douleur profonde se fit sentir sous les muscles fessiers du côté droit. Bientôt on sentit une petite grosseur qui augmenta progressivement de volume et empêcha le malade de s'asseoir ; il croyait placer cette fesse sur une pierre dure. Bref, il survint un abcès considérable qui fut six semaines à se former, et dont l'ouverture fut faite par un des chirurgiens les plus renommés de la capitale. Il s'écoula de cet abcès une énorme quantité de pus d'une couleur brunâtre ; l'écoulement se prolongea pendant un mois, et, au moment où la cicatrice paraissait s'opérer, un gonflement avec douleur survint dans toute l'étendue de la jambe du même côté. On craignait un nouvel abcès ; mais aucun signe ne le fit reconnaître. Les cataplasmes émollients furent sans effet marqué. On employa la compression avec une bande de flanelle roulée sur toute la jambe, qui ne fut pas plus avantageuse. Enfin, au moment où l'on cherchait un moyen pour combattre cet accident, la douleur et le gonflement disparurent tout à coup, dans l'espace de quelques heures. Mais deux jours après, il survint une diarrhée dysentérique des plus intenses : le malade allait à la garderobe jusqu'à soixante fois par jour, pour rendre une petite cuillerée de mucus sanguinolent ; ces déjections étaient accompagnées d'épreintes et de ténesmes extrêmement douloureux. Condamné par les médecins qui lui donnaient des soins, il dut sa guérison au laudanum de Rousseau, administré à haute dose. Il survint un narcotisme, et en se réveillant, le malade entra en convalescence.

Dans le courant de cette maladie, M. *** fut retenu au lit pendant quatre mois. La convalescence fut également très longue : la santé et l'embonpoint ne furent consolidés que par l'éruption des croûtes, qui reparurent sur toutes les parties du corps et principalement à la place où la cautérisation avait été opérée ; car il est bon d'observer que, pendant l'écoulement du pus et le séjour au lit, toutes les éruptions avaient disparu, à l'exception du cuir chevelu.

Mais à dater de ce moment, l'effet de la maladie ne se borna point à l'enveloppe tégumentaire : tous les ongles des doigts se détruisirent par une espèce de carie; la dernière articulation des phalanges devint le siège d'un gonflement inflammatoire très douloureux, qui fut suivi d'une augmentation de volume dans les extrémités articulaires phalangiennes. Outre cela, l'affection envahit les membranes muqueuses; l'intérieur de la narine droite était rempli par une croûte qui ne permettait plus au malade de respirer de ce côté.

Voilà donc encore le malade livré à de nouveaux tourments et surtout à un prurit intolérable; il espérait quelques soulagements d'un cautère au bras qui suppurait abondamment, et, pendant quelque temps, il se contenta d'observer un régime convenable et l'usage des bains émollients.

Ce fut dans cet état, qu'en 1829, fatigué d'une maladie aussi opiniâtre qu'importune, il consulta MM. les docteurs Biett et Alphée Cazenave. Leur avis fut que M.*** était affecté d'un psoriasis invétéré, qu'il fallait continuer l'usage des bains et prendre tous les matins vingt-quatre gouttes de la solution arsénicale de Péarson dans une tasse de décoction de saponaire.

MM. les consultants avaient dit que progressivement on pouvait augmenter la dose de la solution jusqu'à quarante gouttes, mais ne pas aller au delà. Contre cet avis, le malade n'éprouvant rien qui lui fît craindre l'effet de ce médicament porta la dose jusqu'à quatre-vingts gouttes qui ne produisirent, deux ou trois fois, qu'un léger dévoiement dont la durée n'a jamais été au delà d'un jour.

Cette nouvelle médication parut agir d'une manière à espérer un résultat heureux. En effet, les démangeaisons diminuèrent, les croûtes devinrent moins épaisses, des portions écailleuses s'exfolièrent, une plaque assez grande sur la poitrine disparut pour ne jamais reparaître, la mortification des ongles s'arrêta, mais les autres éruptions persistèrent principalement sur le cuir chevelu et la place cautérisée. Encouragé par ce demi-succès, M*** continua le même traitement toutes les belles saisons, et chaque année il y avait une amélioration sensible. Pour abréger, pendant l'espace de sept à huit ans, M*** a pris plus de six cents grammes de la solution arsénicale de Péarson.

Après une médication aussi active, le malade guéri à moitié crut devoir se reposer et s'abandonner aux efforts de la nature, mais cette malheureuse nature ne fit rien; les croûtes et les démangeaisons reparurent encore et fatiguaient horriblement l'existence du malade!

Les pilules decalomel furent impuissantes ; les bains alcalins ne firent point cesser un prurit insupportable; les bains avec addition d'acide sulfurique irritèrent la peau sans produire le plus léger soulagement. Le même acide, pris intérieurement, irrita l'estomac et provoqua de violents vomissements. (Il faut se hâter de dire que, selon son habitude, M*** avait outrepassé la dose prescrite.)

Enfin, en 1839, M. le docteur Alphée Cazenave prescrivit de faire usage de la solution arsénicale de Fowler, en commençant par quatre gouttes et augmentant progressivement jusqu'à douze, mais de ne pas aller au delà. M*** toujours persuadé qu'on ne lui prescrivait pas des doses assez fortes, porta progressivement cette solution jusqu'à vingt gouttes, sans en éprouver le plus léger accident; au contraire, ce médicament produisit des effets aussi prompts que salutaires.

Les années suivantes, M*** continua l'usage de cette solution, et chaque année l'amélioration était évidente.

Aujourd'hui (décembre 1843) il y a quarante-cinq ans que ce psoriasis existe. Le malade est dans sa soixante-dix-septième année, et, malgré ce grand âge, il est dans la ferme intention de continuer cette solution tous les ans pendant les beaux jours.

La dose totale de chaque année a été de quarante-cinq à cinquante grammes.

Il ne reste à M*** que des croûtes et des démangeaisons sur le cuir chevelu et le quart, environ, de la place où la cautérisation a été faite. Les croûtes situées sur la poitrine, les bras, les fesses et la jambe droite n'existent plus et rien n'indiquequ'elles doivent se renouveler; la peau, dans les places où elles existaient, a pris une teinte brunâtre. Les ongles sont presqu'en totalité dans leur état naturel ; la narine est libre pour la respiration, mais les articulations phalangiennes sont encore douloureuses et enflammées.

La santé et l'embonpoint du malade se soutiennent parfaitement bien.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU XVIII^e SIÈCLE.

(Deuxième Article).

J. ASTRUC. — SANCHEZ.

Quand il s'est occupé enfin de l'histoire des symptômes soit locaux, soit généraux de la syphilis, Astruc a fait autant de monographies distinctes, rédigées avec un soin extrême, et présentant le tableau complet de ce qui avait pu être écrit à cette époque en fait de maladies vénériennes. J'ai dit que la gonorrhée avait paru surtout appeler l'attention des praticiens de ce temps ; Astruc vient confirmer cette assertion par les développements qu'il a donnés à la partie de son ouvrage où il traite des écoulements en général. Cependant il faut bien faire observer dès à présent que notre auteur n'a fait, en s'occupant de la blennorrhagie, que rafraîchir la vieille théorie du flux séminal, et il était permis d'attendre du grand syphilographe autre chose que la reproduction de doctrines qui déparent son ouvrage. Depuis près d'un siècle déjà, Sydenham avait avancé que la matière gonorrhéique était du pus résultant de l'ulcération de l'urèthre; nous avons vu Boerhaave amplifier l'opinion de celui qu'il avait pris pour modèle. Cette opinion n'était pas encore la vérité, mais elle avait le mérite de secouer le joug de la routine. Astruc aima mieux reprendre et continuer l'antique hypothèse des écoulements séminaux, et redonner au mot *gonorrhée* un sens contredit par l'expérience et par l'observation.

Il supposait en conséquence que la gonorrhée virulente était due à l'infection par le virus vénérien des organes destinés à sécréter les humeurs séminales, et qu'elle était caractérisée par le flux plus ou moins abondant de ces humeurs viciées. Malgré l'autorité de Guillaume Cockburn, qui avait démontré que le siège de la gonorrhée était dans les lacunes muqueuses de l'urèthre (1), Astruc le plaça dans les vésicules séminales, dans la prostate, dans les glandes de Cowper, et aussi dans les cellules répandues sur la face interne de l'urèthre, cellules qu'il représentait comme un appareil de sécrétion séminale. Il en résulta d'abord une première division de la gonorrhée en quatre espèces plus ou moins graves, selon qu'elles occupaient tels ou tels de ces organes ; et une seconde en deux formes bien distinctes : en simple, si un seul organe était affecté ; en composée, si plusieurs ou tous étaient pris à la fois.

Comme la matière de l'écoulement pouvait présenter des caractères variés, selon l'intensité de la phlogose gonorrhéique, Astruc a admis une troisième division de la gonorrhée en trois espèces, selon qu'il y avait simple phlogose des réservoirs séminaux, ou complication de rupture des vaisseaux sanguins, ou phlogose grave avec ulcération. Enfin la phlogose elle-même devant exister à des degrés très différents, notre auteur a été conduit à admettre une quatrième division de la gonorrhée en quatre espèces, selon que la phlogose était ou phlegmoneuse, ou érysipélateuse, ou œdémateuse, ou squirrheuse. Astruc a pris soin, d'ailleurs, de justifier longuement l'abus qu'il avait paru faire de la division sous le point de vue de la gonorrhée ; il doit paraître étrange, en effet, qu'un homme d'un aussi grand esprit se soit laissé prendre à la vaine satisfaction de soumettre l'histoire des écoulements uréthraux à une classification qui devait singulièrement entraver l'étude d'un symptôme pourtant si digne d'intérêt.

Conséquent avec sa théorie de la gonorrhée qu'il rangeait parmi les inflammations, Astruc a partagé cette affection en quatre périodes, le *commencement*, l'*accroissement* la *station* et le *déclin*; mais cette division n'était-elle pas purement nominale, puisqu'elle n'était pas même expliquée par un rapport quelconque avec les diverses phases du traitement? Parcourant toute l'échelle de symptômes qui remplissent ces périodes, Astruc les attribuait à la progression de la phlogose qui déterminait, depuis l'*écoulement goutte à goutte d'humeurs séminales fort délayées* jusqu'aux phénomènes les plus sérieux de la chaudepisse cordée.

Astruc regardait comme très facile de

(1) *The Symptomes, Nature, causes and cure of gonorrhœa.*

distinguer chez les hommes un écoulement simple de la gonorrhée virulente, puisque le premier était toujours incolore, se faisait sans douleur et n'avait pas de malignité. Il n'en était pas de même chez les femmes, et le diagnostic devait être alors établi sur une foule de circonstances indépendantes de l'écoulement lui-même, par exemple sur l'inspection minutieuse des organes génitaux, sur la recherche du siége de la gonorrhée.

Nous savons déjà qu'Astruc considérait la gonorrhée comme une affection purement locale; et en cela il ne faisait que constater de nouveau un fait reconnu comme vrai par les anciens syphilographes; mais il avait adopté aussi l'idée qui leur faisait regarder le flux gonorrhéique comme une heureuse élimination du levain vérolique; aussi disait-il que si l'écoulement se faisait librement, il y avait évacuation complète du virus, et alors la gonorrhée ne pouvait pas devenir la cause de la vérole. Cette opinion le conduisait à admettre que ce symptôme ne réclamait que l'emploi d'un traitement simple : aussi proposait-il contre la phlogose gonorrhéique la saignée, tous les émollients possibles, les purgatifs, les frictions locales mercurielles, le baume de copahu et les décoctions sudorifiques à l'intérieur, etc. Dans aucun cas il ne permettait le traitement mercuriel complet.

Astruc s'occupe ensuite avec beaucoup de détails de différentes variétés de la blennorrhagie; de ce qu'on appelait la *gonorrhée sèche*, symptôme qu'il attribuait à l'excès de la phlogose; de la *gonorrhée bâtarde*, déjà observée et décrite par Sydenham et par Boerhaave, et dont notre auteur plaçait le siége dans les follicules sébacés.

Il a enfin écrit l'histoire des diverses complications du flux gonorrhéique : ainsi il a donné une monographie très complète de l'ophthalmie vénérienne, l'attribuant ou à une suppression d'écoulement, ou à son excès de virulence, et il appliquait ainsi à l'étiologie de ce symptôme deux phénomènes de physiologie morbide objet d'interminables discussions, la répercussion et la métastase. Mais indépendamment de ces deux influences fondamentales, il admettait comme conditions déterminantes une cause occasionnelle résultant soit d'un accident, soit d'un état maladif du sujet. Il pensait enfin que cette ophthalmie pouvait être produite par l'inoculation de la matière gonorrhéique; il basait cette opinion pratique sur des faits qui ne permettaient ni le doute ni la controverse.

S'il parle de la tumeur vénérienne des testicules, il l'attribue ou à la suppression de la gonorrhée, ou à l'agglomération de la semence viciée, ou à l'épaississement de ce liquide par l'action des particules virulentes. On voit qu'Astruc déduisait avec une grande logique les conséquences de son système sur la nature des écoulements gonorrhéiques.

Après de longues et consciencieuses études sur la marche et le traitement des abcès du périnée, survenant comme complication de la gonorrhée, Astruc s'occupe d'un accident qu'il faisait dériver de la même source : du flux involontaire de semence. Quand un malade avait été atteint plusieurs fois d'écoulements, il pouvait arriver un relâchement marqué des organes chargés de contenir la semence; alors ils laissaient échapper ce liquide par des stillations incessantes et involontaires. Il est inutile de faire observer ici que ce qu'Astruc décrivait comme une circonstance particulière, comme un accident dans l'histoire de la gonorrhée, rappelle le *profluvium seminis* que Fallope attribuait aussi à une raréfaction profonde des esprits vitaux, et dont il avait fait, lui, la gonorrhée tout entière.

Quant à la strangurie habituelle, Astruc l'expliquait par l'existence généralement admise depuis longtemps de cicatrices et de nodosités dans l'urèthre.

Si la gonorrhée n'était que l'expression d'un état morbide des liquides séminaux, le bubon accusait pour Astruc une viciation de la lymphe par le fait du virus mis en contact avec elle. Ce contact pouvait avoir lieu de trois manières, ou directement par l'intermédiaire de la semence corrompue, et dans l'acte même du congrès; il y avait alors bubon essentiel : ou indirectement et par métastase, ou par absorption, à la suite d'une gonorrhée supprimée par exemple; dans ce cas le bubon était symptômatique; ou enfin d'une manière tout à fait médiate et par les phénomènes de la circulation pendant le cours de la vérole générale; alors le bubon était pathognomonique. Dans le premier cas, bien qu'Astruc admît ou parût admettre le bubon d'emblée, il ne le considérait pas comme l'expression de la syphilis générale; c'était à ses yeux un symptôme

purement local; il en était de même pour lui du bubon symptômatique, et dans ces deux circonstances, s'il y avait évacuation convenable et continue de la matière virulente, le bubon ne devait inspirer aucune crainte comme cause de la vérole confirmée, et il ne présentait d'autre gravité que celle qu'il pouvait comporter à raison de son étendue, de son intensité, etc. Le bubon, pris à un point de vue général et indépendamment de la cause première, pouvait revêtir certains caractères différentiels de forme, de marche, de terminaison, qui avaient conduit Astruc à définir trois variétés qu'il appelait le bubon phlegmoneux, le bubon œdémateux et le bubon squirrheux, variétés, dont les noms indiquent suffisamment les signes distinctifs. Ce qu'il importe de signaler, c'est que l'illustre professeur avait accepté sans contrôle la théorie galvénique du bubon, et qu'il considérait la suppuration plus ou moins abondante comme une élimination plus ou moins complète du virus, comme une espèce de décharge prophylactique prévenant l'action secondaire de l'infection vénérienne. Si j'insiste sur ce point, c'est que d'une part il prouve la facilité avec laquelle les esprits même supérieurs se laissent aller à subir le joug de certains préjugés, et que de l'autre il avait une importance extrême, puisqu'il devenait la règle du traitement des bubons, et que cette opinion avait pu faire considérer la méthode suppurative comme le meilleur remède à opposer à ce symptôme. Je me hâte de dire ici qu'Astruc a semblé préférer la méthode par résolution, et qu'en tout cas il conseillait un traitement mercuriel pour combattre le virus détergé ensuite par l'emploi rationnel des purgatifs. Disons enfin que le savant syphilographe a traité cette partie de son ouvrage avec un soin particulier, et que l'histoire des *poulains fistuleux* qui termine cette monographie du bubon ne laisse presque rien à désirer sous le rapport de la symptômatologie.

La gonorrhée et le bubon étaient le résultat d'une sorte d'exhalation du virus syphilitique; mais quand ce virus était mis en contact direct avec l'organe contaminé, il agissait alors par ulcération et formait le chancre. Astruc le définissait ainsi : un ulcère superficiel, rond, calleux, opiniâtre; et il faut le dire bien qu'exacte en certains points, cette définition n'était pas un progrès sur celle que nous connaissons déjà. Au reste, il en plaçait le siège dans les follicules sébacés, se servant de cette circonstance pour expliquer comment le chancre affecte surtout certains endroits, le dedans du prépuce, la surface du gland, l'intérieur de la vulve, etc.

La différence dans l'expression symptômatique de la maladie vénérienne avait depuis longtemps préoccupé l'esprit des syphilographes, et Astruc devait naturellement chercher à se rendre compte de cette différence : c'est ce qu'il a fait à propos du chancre. A-t-il résolu la question que soulevait ce point important, question toujours neuve, toujours controversée? et il s'arrête peu d'ailleurs sur ce sujet intéressant.

Astruc a expliqué la diversité des symptômes locaux par le plus ou moins de subtilité du virus, qui le fait agir ou par moiteur ou par exhalation, par l'état des parties au moment de l'acte contagieux. Comme on le voit, l'identité était alors posée comme un principe inattaquable, et si l'on ne trouve pas dans les auteurs une explication positive des phénomènes qui constituent cette identité, il faut en chercher la raison dans l'impénétrabilité de certains mystères naturels, qui échappent nécessairement à l'intelligence humaine.

Astruc a parfaitement signalé l'induration du chancre, qu'il attribuait, toujours fidèle aux vieilles idées, à l'effet coagulant du virus acide et fixe. Il a signalé aussi les chancres qui, situés à l'extrémité du canal de l'urèthre, peuvent, ne paraissant pas au dehors, en imposer pour une gonorrhée par le pus qu'ils laissent écouler. Astruc, éclairé dans le diagnostic de ce symptôme par les utiles travaux de Morgagni, ouvrait ainsi la voie aux novateurs qui devaient, un siècle plus tard, bâtir un système sur l'existence problématique de ces ulcères uréthraux.

Le chancre étant, dans la plupart des cas, un symptôme local, n'exigeait aussi que l'emploi de moyens locaux. Ainsi il fallait lui opposer des lotions détersives, des cautérisations légères. Si, dans certains cas, il apparaissait comme épiphénomène de l'infection générale, alors son traitement rentrait dans celui de la vérole confirmée.

Quand on connaît ce que l'on entendait au dix-huitième siècle par la maladie vénérienne locale, il est facile d'apprécier ce que l'on voulait dire par les mots : *vérole*

confirmée. Astruc, tout en renonçant à la définir, ce qui n'était pas facile d'ailleurs, dit qu'elle était caractérisée ou par l'aggravation des symptômes existants, ou par la reproduction de symptômes disparus, ou par la manifestation de symptômes nouveaux. Pour présenter le tableau des lésions qui se rattachent à cette période de la syphilis, il faudrait refaire une histoire déjà faite tant de fois, et qui, il faut bien le dire, ne présente sous la plume d'Astruc rien de neuf, rien d'intéressant. Il a bien esquissé quelques traits des éruptions syphilitiques, signalé la forme tuberculeuse, la *Corona Veneris*, la syphilide cornée ; mais on ne trouve rien de précis, nul caractère distinct qui mérite d'être signalé. Il a décrit tour à tour les ulcérations secondaires de la bouche, de la gorge, de la pituitaire, les douleurs ostéocopes, les gommes, les affections des os, tout le cortège enfin des symptômes que l'on était depuis longtemps accoutumé de reporter à l'infection syphilitique ; mais, je le répète, bien que chacun de ces accidents soit longuement et minutieusement historié, cette partie de l'ouvrage d'Astruc ne doit être considérée que comme la nomenclature complète, mais purement nominale, des symptômes de ce qu'il appelait la vérole confirmée. Obéissant sur ce point à l'impulsion qui entraînait l'esprit des syphilographes, il a attribué à l'action de la syphilis le dérangement et l'affaissement de toutes les facultés, et il l'a considérée comme pouvant devenir la cause de toutes les maladies qui affligent la race humaine.

La vérole confirmée était due, comme on le pense bien, à la pénétration du virus dans l'économie. Mais, de même que la vie des symptômes locaux était réglée nécessairement par les degrés différentiels de la phlogose, la pénétration du virus n'était que progressive, et se faisait par l'intermédiaire des liquides qu'elle envahissait plus ou moins promptement, selon leur plus ou moins d'affinité avec les éléments de l'infection. Ainsi, après avoir pris possession de l'organisme par la double voie et de la circulation sanguine et de la circulation lymphatique, le virus attaquait successivement, et en raison de cette affinité graduelle, d'abord les liquides séminaux, puis les sécrétions muqueuses, puis le suc médullaire. Une fois cet ordre admis, il est facile d'en saisir le rapport exact avec les divers phénomènes secondaires. Ainsi, pour en donner un exemple, les ulcérations de la membrane pituitaire seraient expliquées par une altération spécifique du mucus sécrété par cette membrane.

A l'époque où vivait Astruc, quelques auteurs, se fondant sur la viciation du sang dans la syphilis, prétendaient trouver dans certains caractères inhérents à ce liquide épanché par la saignée la preuve de l'infection vénérienne : Astruc repoussa cette doctrine ; mais quand il fallut formuler des moyens positifs de diagnostic, il rencontra, réduit à ses propres forces, des obstacles insurmontables. Cependant il a admis deux ordres de signes : les signes pathognomoniques et les signes commémoratifs ; parmi les premiers il range l'infection antécédente, c'est à dire l'existence d'accidents locaux ; mais c'était résoudre la question par la question même : la mise au monde d'enfants évidemment véroliques ; mais à quoi le reconnaissait-on ?... d'enfants rachitiques, mais c'était un caractère au moins douteux : la réapparition de symptômes anciens ; mais comment établir cette circonstance ?... les taches véroliques ; mais ce qu'en dit Astruc prouve qu'il ne les connaissait pas beaucoup : les tubercules et les pustules ; ici on trouve quelques caractères plus précis : la dureté, la forme ronde, le luisant, la spécialité du siège, la coloration particulière, détails précieux que l'on retrouve épars çà et là dans des ouvrages anciens, et que j'ai déjà signalés bien des fois. Astruc regardait comme des signes commémoratifs les détails ayant trait à la marche des symptômes antécédents. Ainsi, plus une gonorrhée avait coulé, plus la suppuration d'un chancre avait été abondante, moins il y avait de chance de vérole.

Apres avoir signalé de nouveau l'individualité, en parlant du prognostic, Astruc s'occupe du traitement de la vérole confirmée. Les accidents qu'entraînait la méthode que l'on pourrait définir la salivation absolue, avaient enfin amené une réaction générale contre ce traitement barbare, et déjà ses adversaires avaient mis en avant un moyen qui devait prendre rang dans la thérapeutique sous le nom de méthode par extinction. Astruc se fit entre ces deux systemes une doctrine mixte, que l'on peut définir la salivation rationnelle. Il entoura l'usage des frictions de précautions hygiéniques rigoureuses ; il les fit faire avec un soin

extrême ; établit des règles sévères pour arriver à un ptyalisme modéré et savamment entretenu : il prévit tous les accidents que la salivation pouvait produire, et enseigna les moyens d'y faire face. Si l'on fait un instant abstraction de la méthode, on ne peut s'empêcher d'admirer avec quelle conscience Astruc a traité la partie pratique de ce vaste traité sur les maladies vénériennes : c'est sous ce rapport un modèle qu'il faut incessamment proposer aux syphilographes, trop préoccupés souvent d'idées abstraites et théoriques.

L'expérience avait appris à Astruc que le mercure ne guérissait pas toujours la vérole ; aussi n'a-t-il pas hésité à déclarer que cet agent n'était pas un spécifique infaillible, et il a fait suivre cette déclaration de la liste de certaines affections qu'il regardait comme incurables ; ainsi le testicule vénérien, la courbure de la verge, l'impuissance, la paralysie et l'alopécie.

Astruc est un de ces hommes éminents que la critique de détail ne saurait atteindre : cependant, s'il est permis de juger cette grande figure historique, on peut répéter ici ce que j'ai déjà dit en commençant cette analyse, qu'Astruc fut plutôt un savant bibliophile qu'un syphilographe original, plutôt un compilateur intelligent qu'un praticien consommé ; qu'il dut enfin sa supériorité et sa gloire plutôt à sa vaste érudition qu'à son autorité personnelle en matière de syphilis. Je répeterai aussi qu'on lui doit la constitution définitive et complète du type syphilitique, et que l'éclat qu'il a su jeter sur cette matière, autrefois aride et sans intérêt, n'a pas peu contribué à fixer d'une manière stable et positive la spécialité vénérienne, à commander l'étude des grandes questions qui se rattachaient à cette maladie désormais enfermée dans ses véritables limites, à préparer enfin les progrès qui restaient à faire pour compléter l'œuvre si bien commencée par l'illustre médecin de Montpellier.

Si le livre d'Astruc avait surtout contribué à faire regarder le Nouveau-Monde comme le berceau de la syphilis, et à rendre populaire une théorie basée sur les misérables combinaisons d'une politique tortueuse, cette opinion devait trouver bientôt un contradicteur puissant et redoutable dans le petit livre (1) que publia, sous le voile de l'ano

(1) *Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne, dans laquelle on prouve qu'elle n'a point été apportée d'Hmérique et qu'elle a commencé en Europe par une épidémie.* Paris, 1752.

nyme, Sanchez, médecin portugais, homme disert et laborieux, qui, embrassant avec ferveur la cause de l'Amérique, entreprit de la réhabiliter dans le monde scientifique et dans l'esprit de tous les peuples du vieux continent. La lutte devait soulever un intérêt immense, puisque Sanchez allait combattre l'homme le plus érudit de son siècle, avec les seules armes de l'érudition et de la science : disons tout d'abord qu'il s'acquitta avec honneur de la rude tâche qu'il s'était imposée, et que sa dissertation devint le signal de la réaction contre une hypothèse qui était acceptée comme article de foi par la presque universalité des praticiens.

Cette lutte remplit une grande partie du dix-septième siècle, et il est inutile de dire ici qu'il était impossible, dans l'appréciation de ce conflit scientifique, de s'astreindre rigoureusement aux exigences de la chronologie : tout le monde comprendra que l'examen des idées de Sanchez trouvait tout naturellement sa place après celui des doctrines de l'illustre professeur de Montpellier.

Le livre de Sanchez est divisé en deux parties distinctes : dans la première il réfute l'opinion d'Astruc; dans la seconde il développe un système particulier sur l'origine de la syphilis.

Se fondant d'abord sur les autorités contemporaines de la fameuse épidémie du quinzième siècle, il démontre que la maladie vénérienne était connue dans la plus grande partie de l'Europe dès l'année 1493 et au plus tard dans le mois de juin 1495. Il cite à l'appui de cette donnée historique les assertions positives de Fulgosi, de J. Cataneo, et l'arrêt si connu du parlement de Paris contre la *grosse vairole*. Il compare ensuite ces autorités toutes puissantes avec les époques de la découverte de l'Amérique et du retour de Christophe Colomb, après son premier et après son second voyage. Au premier retour il n'est fait mention d'aucune maladie ressemblant à la syphilis, et cependant le fils de Colomb, qui a publié la relation de ces voyages avait décrit avec un soin minutieux tous les maux qui avaient accablé les Espagnols pendant ces pérégrinations difficiles et pénibles : son silence à l'égard de la maladie vénérienne était donc déjà une preuve con-

tre l'hypothèse de l'importation américaine. Si, d'un autre côté, Oviedo a cru devoir assigner l'époque de cette importation lors du second retour de Colomb, Sanchez prouve qu'il s'était trompé, et qu'il avait pris pour la syphilis les maux résultant de la misère et des privations de toute espèce qui avaient assiégé la flotte du grand navigateur. D'ailleurs il y avait dans ce cas contradiction évidente, puisque ce second retour n'avait eu lieu qu'en mai 1496, et que la maladie vénérienne était répandue en Europe au plus tard dès l'année 1495. Oviedo avait bien parlé d'un certain Pierre Margarit, qui, laissé par Christophe Colomb à l'île Espagnole, aurait été obligé de fuir par suite des excès qu'il avait commis, et qui aurait rapporté en Espagne le germe de la fameuse épidémie; Oviedo affirme l'avoir vu, mais il n'a décrit aucun des caractères du mal dont cet homme aurait été affecté, et son assertion reste dès lors sans aucune autorité. Astruc avait voulu fixer le point de départ de la contagion lors du siége de Naples ; mais Sanchez repousse ce système en se fondant sur la contradiction déjà signalée. En effet, les événements militaires dont parle Astruc avaient eu lieu en 1496, et cette date ne pouvait s'accorder avec celle de l'apparition antérieure bien constatée de la syphilis en France et en Allemagne. Cette réfutation est étayée de recherches consciencieuses sur la position des armées, sur les probabilités de contact entre les Français et les Espagnols, et il en ressort évidemment la preuve de l'impossibilité de l'infection, telle que l'entendait Astruc. Faut-il parler maintenant des arguments généraux qui viennent à l'appui de l'opinion de Sanchez, du silence de Pierre Martyr qui écrivit son histoire du Nouveau-Monde en 1500, de Ferdinand Colomb qui publia la relation des voyages de son père en 1498? Ces preuves négatives suffiraient à elles seules pour faire repousser l'assertion évidemment intéressée et partiale d'Oviedo.

Sanchez termine sa dissertation en établissant qu'il n'y avait aucun rapport entre l'affection appelée *boubas* ou *bubas* et la maladie vénérienne; et il expose très bien que ce qui contribua surtout à faire prévaloir l'opinion de l'origine américaine, fut l'importation en Europe du gaïac que l'on considéra longtemps comme le spécifique de la syphilis.

Après avoir détruit la fable d'Oviedo, reproduite par Astruc, Sanchez reculant de deux siècles, reprend et développe systématiquement les idées que nous avons vu émettre par les premiers syphilographes. Il croit que la maladie vénérienne avait commencé épidémiquement dans certaines contrées de l'Europe. Il se fonde sur les influences atmosphériques signalées par les auteurs contemporains; ainsi ce n'est pas vainement, selon lui, que Leoniceno aurait attribué le mal français aux inondations désastreuses qui avaient eu lieu de son temps; que Benedetti l'aurait fait procéder du dérangement manifeste des saisons; Sanchez se fonde en outre sur la gravité même des symptômes attribués alors à la syphilis, et sur leur décroissance rapide, ce qui exclut à ses yeux toute idée de nature contagieuse, puisque le propre des maladies qui ont ce dernier caractère est de ne jamais changer, comme la variole, qui est aujourd'hui telle qu'on la trouve décrite dans Rhazès. Je ne veux pas discuter l'hypothèse du médecin portugais, mais je dois faire observer cependant qu'il préjugeait ainsi la question par la question elle-même. En effet, il aurait dû établir, avant de formuler sa doctrine, que l'épidémie du quinzième siècle était bien évidemment et complètement de nature syphilitique; et s'il est vrai, comme je le crois, comme je l'ai déjà dit, que cette épidémie était caractérisée par des symptômes appartenant à des types épidémiques mêlés d'accidents vénériens, on ne peut plus être admis à argumenter sur la prétendue décroissance d'une maladie dont la véritable nature est perdue au milieu du chaos de descriptions que les contemporains nous ont laissées.

Continuant la preuve de sa doctrine, Sanchez invoque la spontanéité presque générale de la maladie, sa marche rapide, son apparition dans l'automne, sa prédilection pour les classes malheureuses, sa progression d'Orient en Occident; tous caractères qui établissent pour lui l'origine épidémique de la maladie vénérienne.

Cette seconde partie du livre de Sanchez est évidemment très incomplète, et il l'a senti lui-même, puisque dans la seconde édition de sa thèse, il a publié un certain nombre d'extraits d'auteurs contemporains pour ajouter à l'autorité de sa doctrine : il s'est surtout servi du traité de Pierre Pinctor, chargé par le pape de faire un rapport sur l'épidémie régnante; mais

ces citations n'ajoutent rien à ce qu'il avait dit déjà : la question demeurait irrésolue, puisqu'il restait à savoir si l'épidémie étant admise, il fallait l'attribuer exclusivement à l'action de la syphilis.

Certes, la dissertation de Sanchez a été une œuvre éminemment morale et utile, puisqu'elle a servi à détruire un préjugé cruel et à laver le Nouveau-Monde de la tache infamante dont l'avait flétri Oviedo : mais il est vrai de dire aussi qu'au dessus de cette dispute de dates, il y avait une question bien autrement intéressante, question pressentie et effleurée déjà par Blegny, par Musitano, par Calmet, par Beckett, c'est celle de la nouveauté (qu'on l'attribuât d'ailleurs soit à l'importation soit à la spontanéité épidémique) ou de l'antiquité absolue des maladies vénériennes. Portée sur ce terrain sans limites, la lutte prend des proportions infinies, puisqu'elle embrasse et résume ce point encore en litige : savoir, si produit accidentel ou anormal d'une influence épidémique, ou de l'importation, la syphilis peut et doit disparaître un jour, ou si, châtiment inséparable des plaisirs impurs, elle nous a été infligée par Dieu, pour être la compagne éternelle de la race humaine? On doit regretter que Sanchez n'ait pas envisagé la question sous ce point de vue, car, en considérant l'usage consciencieux qu'il faisait de son érudition, il était permis d'espérer sinon une solution complète, du moins une appréciation utile de ce point si controversé. Astruc avait bien senti toute l'importance du débat soulevé par les partisans de l'ancienneté de la syphilis, car il avait discuté avec un soin minutieux tous les faits qui tendaient à l'établir. Si la dissertation de Sanchez avait infirmé en partie sa doctrine, elle n'avait fait qu'amoindrir la question sans la résoudre, et si à ce point de vue de l'origine de la syphilis le doute était désormais permis, il faut reconnaître cependant que l'avantage était resté au savant professeur dont l'argumentation restait en grande partie sans réponse, et devait prévaloir longtemps encore.

La plupart des ouvrages de Sanchèz étaient restés longtemps inédits, et l'on sait qu'ils ont été publiés surtout par les soins d'Andry, membre de la société royale de médecine. Il faut citer parmi eux ses *Observations sur les maladies vénériennes*, qui forment le complément des travaux de ce savant praticien sur la syphilis (1); et, bien que ce recueil soit postérieur en date à la fameuse dissertation du médecin portugais, j'ai dû en parler ici, pour n'avoir plus à revenir sur les opinions d'un homme qui occupa de son temps une place si distinguée parmi les syphilographes. Il existe d'ailleurs entre l'argumentation historique de 1752 et le petit traité dont je vais rendre compte un lien tel qu'il eût été illogique de séparer ces deux ouvrages : on va voir en effet que le second n'est que le corollaire du premier, que la conséquence des principes que Sanchèz avait posés dans sa réfutation du système d'Oviedo, accepté et continué par le grand Astruc.

Après avoir observé un grand nombre d'affections chroniques dont le diagnostic n'avait pas encore été défini et ayant constaté dans beaucoup d'autopsies des lésions qu'aucun anatomiste n'avait décrites, Sanchèz imagina d'attribuer ces symptômes et ces phénomènes au virus vénérien dégénéré. Cette opinion le conduisait naturellement à admettre l'hérédité de la syphilis d'une manière complète et absolue : aussi n'hésite-t-il pas à dire que si une jeune fille est infectée de maladie honteuse avant l'âge de puberté, il faut en rejeter la cause sur les désordres ou l'inconduite du père ou de la mère. « Ceux qui, dit-il, sont nés de parents infectés, sont d'un tempérament délicat, sensible et vif; leur voix est aiguë; ils ont la poitrine et les épaules étroites, et quelquefois leur poitrine est si mal conformée, qu'elle ressemble à celle d'une volaille maigre et décharnée.... Le virus se manifeste par des maux d'yeux sensibles, des glandes au col, et dans d'autres endroits, des crachements de sang, des hémorrhagies qui se terminent par la phthisie.... Les femmes sont affectées de dérangement dans leurs règles, de coliques d'estomac et de bas-ventre, de fleurs blanches, d'affections hystériques... Le plus souvent, elles font des fausses couches... Elles éprouvent plus tard mille maladies dans le sein ; sont attaquées de celles que l'on connaît aujourd'hui sous le nom de lait-répandu, qui se terminent souvent par la phthisie, ou elles éprouvent ces fièvres pourprées, si difficiles à guérir, et si variables dans chaque sujet... Enfin, leurs maladies se terminent par

(1) *Observations sur les maladies vénériennes*, par feu Antoine-Nunès-Ribeiro Sanchèz, publiées par M. Andry. Paris, 1777.

l'hydropisie de poitrine, l'anasarque, la manie et la démence, état misérable dans lequel elles vivent plusieurs années.... » Si ce tablean paraît exagéré, il n'est rien à côté de la peinture que notre auteur a laissée de la syphilis en général. On sait que la décroissance de la maladie vénérienne était regardée par la plupart des syphilographes comme un fait heureux qui pouvait annoncer pour quelques uns l'extinction possible de ce redoutable fléau; Sanchez admettait, lui, que la période inflammatoire ou épidémique avait cessé, mais il ne croyait pas à la diminution de gravité des symptômes de la maladie. « Malheureusement, dit-il, elle s'étend plus que jamais, et se montre par la multitude infinie de maladies chroniques, par la diminution de la taille et de la vigueur des individus. On est surpris en voyant à chaque pas tant de maux d'yeux, tant d'écrouelles, tant de gens avec les épaules de travers, avec l'épine du dos courbée de mille façons, les jambes crochues, une petite taille mince, sans muscles prononcés et sans consistance des os. Si cela peut s'appeler diminution de la maladie vénérienne, et qu'on puisse conclure qu'elle finira comme la lèpre, on peut alors s'assurer que cette maladie finira avec l'espèce humaine, et qu'elle sera un jour la cause d'une révolution en Europe... Il serait à souhaiter que les gouvernements prissent plus en considération l'extinction ou la diminution de cette peste lente et chronique de nos jours, afin d'éviter les maux qu'on doit craindre, si elle continue d'assaillir et d'anéantir l'espèce humaine... » Nous avons pu voir déjà que certains auteurs avaient singulièrement grossi la liste des maux que peut engendrer la syphilis; mais nul n'avait été aussi loin que Sanchez, et si ces sombres prédictions étaient inspirées par un grand sentiment d'amour de l'humanité, il faut reconnaître cependant qu'elles portent l'empreinte d'une exagération qui devait singulièrement altérer l'effet qu'elles étaient appelées à produire. Il ne faut pas s'étonner d'ailleurs si un homme aussi instruit que Sanchez s'est laissé aller à ce langage passionné, et il démontre, avant tout, que ce grand observateur avait été préoccupé, dans ses études sur la syphilis, de la transmission par hérédité, mode d'infection jusqu'alors indiqué vaguement par les syphilographes. Ce point posé, on comprendra facilement comment cette préoccupation avait pu le conduire à faire remonter à la source syphilitique une foule de maux qui avaient existé de tout temps, attribués qu'ils étaient à des causes diverses, et à faire jouer ainsi à la maladie vénérienne le rôle qu'avait joué si longtemps la lèpre, sa fameuse devancière en Europe.

A côté de ce triste tableau des ravages de la syphilis, il faut signaler ce que je crois une vérité trop peu comprise même de nos jours. Sanchez distinguait parfaitement à côté de la syphilis inflammatoire ou aiguë, seule décrite par les anciens, une syphilis qu'il appelait chronique, ce qui se traduisait par un tempérament particulier, sous l'empire duquel la vie des malades était tourmentée d'une foule d'affections. Il attribuait cet état à l'hérédité d'abord, mais aussi à une infection antérieure, suivie d'une guérison apparente. La plupart des syphilographes avaient admis jusque là que le virus avait dans l'économie une existence indépendante; qu'il y agissait à la manière d'un corps étranger, altérant tantôt un organe, tantôt un autre. Sanchèz posa en principe que ce virus affectait l'économie tout entière, et il indiqua ainsi cette modification intime et profonde dont le résultat est appelé aujourd'hui tempérament syphilitique. Que l'on dépouille cette vérité des sinistres accessoires dont l'avait entourée le sombre génie de Sanchez, et il faudra bien avouer qu'il y avait là un progrès immense, accusant chez notre auteur le plus rare esprit d'observation.

Ces considérations forment l'introduction du livre de Sanchez, et sont suivies de l'exposé du système de ce savant praticien sur la nature de la syphilis. Après avoir établi que les fièvres sont produites par le spasme des artères, il applique cette donnée à la production de la maladie vénérienne, et cela était parfaitement logique, puisqu'il la faisait dépendre, comme nous l'avons vu, d'une fièvre épidémique. Pour lui donc les symptômes de syphilis étaient comme les phénomènes que produisent la peste, la variole, la morsure des animaux venimeux, le résultat d'une lésion de la cause du mouvement, de l'σπερμα d'Hippocrate, du principe sensitif, et produisant elle-même le spasme artériel. Ce qu'il faut noter dans ce système, c'est seulement que le médecin portugais admettait pour la syphilis ce principe vénéneux, proclamé par Fernel, et qui

attendait encore la belle définition de Hunter.

Sanchez a cherché la démonstration de sa théorie dans des aperçus généraux sur le traitement de la maladie vénérienne. Le spasme doit être combattu par les organes qui provoquent la sueur; or, les antispasmodiques jouissent évidemment de cette propriété; donc la syphilis est dué au spasme des artères! On pourrait sans doute trouver à redire à cette logique, mais il doit me suffire de la signaler, en abandonnant à l'appréciation du lecteur ces doctrines que la critique ne doit pas atteindre. A propos de la salivation, Sanchez énonce que ce phénomène était dû, non pas à l'action du mercure, mais à l'impression de l'air froid sur les gencives et sur la muqueuse buccale des malades; aussi pensait-il qu'on pouvait l'éviter en tenant les sujets dans un milieu chaud, maintenu à une température égale. On verra que cette opinion avait conduit notre auteur à une indication importante dans le traitement des maladies vénériennes.

Il ne faut pas s'attendre à trouver dans le livre publié par Audry ce luxe de symptômatologie qui caractérisa surtout l'œuvre du grand Astruc : on n'y rencontre point de ces monographies si complètes et si consciencieuses, que la science devait alors au professeur de Montpellier ; le médecin portugais s'est tenu dans les généralités qui pouvaient mettre en relief son opinion sur la syphilis chronique, laissant de côté, comme choses trop connues, les détails que comportait l'histoire de chaque symptôme en particulier.

Sanchez a cherché la confirmation de ses doctrines dans des idée analogues, émises par différents auteurs, mais surtout par O'Connel, médecin irlandais (1), dont l'imagination semble avoir singulièrement inspiré la sienne, et par Charles Bisset (2), qui aurait eu évidemment en vue la maladie syphilitique dans la description qu'il a laissée de ce qu'il appelait le scorbut de terre. Négligeant ensuite les phénomènes de la syphilis inflammatoire, Sanchez expose la méthode qu'il avait suivie pendant quarante ans pour guérir les maladies vénériennes. Tant que l'affection se présentait à l'état aigu, qu'elle fût caractérisée d'ailleurs par un chancre, ou par une gonorrhée, ou par un bubon, il ne recourait jamais qu'à un traitement antiphlogistique ; puis quand tout symptôme d'inflammation avait disparu, il administrait à l'intérieur les mercuriaux unis aux purgatifs. Sanchez tenait essentiellement à ce système, et il se fondait sur cette circonstance grave, que le mercure donné mal à propos pendant la période inflammatoire pouvait répercuter le virus, et donner lieu, par sa concentration, à une foule de maladies chroniques. Il attachait aussi une grande importance à ce que les malades fussent maintenus dans un état de repos complet, et il attribuait, dans la plupart des cas, les accidents secondaires à ce que cette précaution n'avait pas été prise par le médecin, à ce qu'on permettait au malade de suivre le cours de ses affaires et de ses plaisirs, etc.

Pour Sanchez, la maladie vénérienne ne disparaissait pas avec la cessation du symptôme primitif, et il restait à détruire le principe de la maladie, c'est à dire le spasme artériel, qui ne cédait qu'à un traitement par les sudorifiques, c'est à dire, comme on va le voir tout à l'heure, à l'emploi de bains de vapeur, unis aux mercuriaux et aux antispasmodiques.

Sanchez croyait à la possibilité de ce que que l'on appelait de son temps la vérole d'emblée, car il dit : « J'ai vu plusieurs malades infectés du poison vénérien sans la moindre inflammation, plaie ou signe visible dans les parties par lesquelles il avait été contracté. » Dans ce cas, l'infection se traduisait par des symptômes généraux évidents, et elle pouvait être suivie rapidement de phénomènes graves, puisqu'il pensait avec Schenck (1) que la manie avait pu en être le résultat.

Mais qu'il y ait eu ou non réaction aiguë à l'endroit contaminé, Sanchez croyait avant tout, comme nous l'avons déjà vu, à la production d'une foule de maladies chroniques par le vice vénérien, et il revient presque à chaque pas sur ce point qu'il reproduit et qu'il commente de mille manières. C'était surtout au point de vue de l'hé-

(1) *Morborum acutorum quorumdam observationes medicinales-experimentales, Authore Mauritio.* O'Connel. Dublin, 1746.

(2) *Medicals essays and observations,* by Charles Bisset, M. D. London, 1766.

(1) *Observationes medicinales,* Liber II De morbis pulmonum, Obs. VII., p. 266.

rédité qu'il appelait l'attention des praticiens sur cette influence profondément modificatrice; aussi a-t-il parlé d'abord des maux qui peuvent survenir chez les enfants, avant la puberté, pour faire ensuite le tableau des affections qui affligent les personnes pubères, mais infectées dès leur naissance. Il faudrait ici copier l'auteur, car quelle analyse peut rendre cette longue nomenclature de maladies de toutes sortes, embrassant le rachitis, les ophthalmies, la teigne, les écrouelles, les éruptions de toute sorte, la débilitation de l'économie, toutes les difformités, puis les fièvres tierces, la goutte, le rhumatisme, la manie, la surdité, les fleurs blanches,... que sais-je enfin! Ce qu'il faut remarquer ici, c'est que Sanchèz admettait comme un point indiscutable ce qui avait été mis en doute, sinon nié par la plupart des auteurs, c'est à dire la possibilité du sommeil du virus transmis héréditairement et qu'embrassant cette hypothèse dans son sens le plus absolu, il croyait que l'innocuité apparente du virus pouvait durer non seulement jusqu'à l'âge adulte, mais persister bien au delà pour laisser révéler enfin l'action de la syphilis aux dernières limites de la vie. L'imagination des syphilographes, une fois engagée dans cette voie sans limites, devait ne plus s'arrêter, et l'exemple de Sanchèz trouvant de nombeureux imitateurs, il pouvait se faire que la syphilis fût regardée un jour comme le type unique de toutes les affections humaines. Il faut bien reconnaître qu'il y avait dans cette appréciation de la symptômatologie vénérienne une exagération dangereuse pour la pratique; mais ce reproche étant posé, il reste à dire qu'elle couvrait une verité trop peu comprise jusque là, c'est à dire l'existence et la transmission par hérédité d'un tempérament particulier, anormal, résultat de l'infection chronique de la syphilis : et ainsi s'établissait une distinction importante que nul n'avait faite encore entre la vérole congéniale, admise par presque tous les auteurs, et la vérole héréditaire, dont l'action n'avait jamais été ni comprise, ni définie. Je le répète, la critique est facile en présence de ces opinions étranges; mais nous est-il permis, à nous que cent ans d'expérience n'ont pas rendus plus habiles, d'attaquer les idées d'un homme consciencieux qui attendait, pour les mettre au jour, que ses doctrines eussent reçu la consécration de quarante années d'étude et de pratique?

Après quelques considérations sur les sudorifiques et notamment sur le gaïac, Sanchez s'occupe des frictions; il ne les conseille que quand la syphilis est extérieure, chez les sujets faibles et délicats; mais il les voudrait à plus forte dose qu'on ne les donnait généralement, et il en ferait accompagner l'emploi de l'administration des décoctions sudorifiques, et surtout il faudrait que le malade fût tenu dans un milieu chaud et dans une température égale. Mais on sait que Sanchez avait suivi dans le traitement de la syphilis chronique une voie qu'on peut regarder comme propre à ce savant médecin. Pendant son séjour en Russie, où il avait été nommé médecin des armées impériales, Sanchez avait appris d'un chirurgien allemand que le sublimé corrosif était vulgairement employé en Sibérie contre la maladie vénérienne. Après avoir expérimenté cet agent thérapeutique, il arriva à le regarder comme le meilleur moyen à employer contre la maladie vénérienne; il le communiqua à Van-Swieten qui lui donna son nom et le rendit populaire; mais Sanchez l'administrait dans de certaines conditions sans lesquelles il pouvait être inutile, sinon dangereux; ainsi, il devait être accompagné nécessairement de l'usage des bains de vapeur russes; aussi s'est-il étonné que Van-Swieten ait supprimé cette indication, et l'ai remplacée par l'emploi de décoctions émollientes! Quoi qu'il en soit, c'est à Sanchez que l'on doit l'introduction du sublimé corrosif dans la thérapeutique des affections vénériennes. Il le faisait dissoudre dans de l'eau de vie de grain, et il est arrivé à le donner à la dose d'un demi grain, une ou deux fois par jour, aux personnes robustes, en faisant suivre chaque dose d'un bain de vapeur russe (1). C'est à l'omission de cette dernière circonstance que Sanchez attribuait uniquement les insuccès qui avaient suivi les expériences faites en France et en Angleterre.

Defourcroy, chargé de faire à la Société royale de Médecine un rapport sur l'ou-

(1) Clerc, ancien médecin des armées du roi en Allemagne, etc., a donné dans son *Histoire naturelle de l'homme considéré dans l'état de maladie*, 1767, tome II, pages 127-137, la description exacte de ces bains, alors complètement inconnus en France.

vrage de Sanchez, disait qu'on y reconnaissait partout un observateur exact, un praticien éclairé; que ce qui devait donner la plus grande confiance dans les assertions de l'auteur, étaient les quarante années d'observations dont cet essai était le fruit; et le ton de vérité qui régnait partout. Il n'y a rien à ajouter à cet éloge simple et modeste comme la science de l'homme à qui il était adressé.

OBSERVATIONS.

PLUSIEURS INFECTIONS SYPHILITIQUES PRIMITIVES. —FIÈVRE INTERMITTENTE GRAVE PENDANT SIX MOIS. — SYMPTÔMES GRAVES DE VÉROLE CONFIRMÉE. — ATROPHIE DES ORGANES GÉNITAUX. — TRANSFORMATION DE L'HABITUDE EXTÉRIEURE DE L'INDIVIDU.

Pr.., Charles, âgé de 33 ans, sans profession, est entré à l'hôpital du Midi, salle 10, n° 6, le 11 septembre 1843, service de M. Vidal.

Jusqu'à l'âge de 19 ans, cet homme a toujours joui de la plus florissante santé; il n'avait alors jamais eu d'autre maladie qu'une gale à l'âge de 9 ans, laquelle fut guérie promptement à l'hôpital Saint-Louis. A l'âge de 19 ans, étant alors employé comme garçon de pharmacie à l'hôpital des Vénériens, il contracta deux chancres sur le gland, dont le plus large pouvait avoir environ un centimètre d'étendue; il entra alors dans le service de M. Cullerier et y resta 8 semaines; il prit pendant ce temps environ 60 pilules de protoiodure de mercure et fit 20 à 25 frictions mercurielles sur la partie interne des cuisses; il n'éprouva pas de salivation; seulement, 15 jours environ avant sa sortie, ses gencives devinrent un peu rouges et guérirent presque aussitôt. Quand il sortit, les chancres étaient cicatrisés, mais il restait un peu de rougeur à la place qu'ils avaient occupée, et M. Cullerier lui conseilla de tenir pendant 15 jours encore de la charpie entre le prépuce et le gland. Il rentra alors dans le service de la pharmacie: au bout de 5 mois environ (mai 1830), il fut appelé au service militaire et fut enrôlé dans le 31e régiment de ligne, alors en garnison à Paris.

Deux mois après son arrivée au service, il contracta une blennorrhagie uréthrale sans ulcérations, laquelle fut assez douloureuse pendant une quinzaine de jours et s'accompagna d'un certain degré de courbure de la verge pendant l'érection, courbure qu'un de ses camarades traita en appliquant un coup de poing sur le dos de la verge pendant que l'urèthre reposait sur un plan horizontal; il s'écoula environ deux verres de sang à la suite de cette manœuvre et le malade se trouva assez soulagé. Il fut traité en outre pendant deux mois au Val-de-Grâce par des bains de siège, du copahu et enfin des injections avec le sulfate de zinc; il prit aussi plusieurs purgatifs. Lorsqu'il sortit, l'écoulement était entièrement arrêté; il n'y eut aucune douleur aux testicules, aux articulations, ni dans aucun autre organe que l'urèthre.

Au mois de mars 1831, le régiment dont il faisait partie reçut l'ordre de quitter Paris pour se rendre à Grenoble; en passant à Melun, notre malade eut des rapports avec une femme publique; quatre jours après, en continuant sa route, il s'aperçut de petites ulcérations qui siégeaient sur le prépuce et la couronne du gland; il les traita avec des bains locaux d'urine additionnée d'extrait de saturne et avec du cérat mercuriel; trois jours après tout était cicatrisé; il était alors à Châlons. Pendant la route de Châlons à Lyon, il commença à éprouver des douleurs dans l'aine droite, où bientôt se manifesta une tumeur; les douleurs et la tumeur allèrent en augmentant, au point qu'arrivé à une étape au delà de Lyon, il ne put continuer à marcher et fut obligé de se faire donner la voiture pour aller jusqu'à Grenoble. Arrivé dans cette ville, il entra dans l'hopital militaire, où il fut soumis, quatre jours après son entrée, à un traitement composé de liqueur de Van-Swieten (1 puis 4 cuillerées dans du lait), de frictions sur les bras (une par jour, tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre bras) et de tisane de Feltz (un litre par jour). Au bout d'une quinzaine de jours, le bubon fut ouvert, et il s'en écoula beaucoup de matière. Vers le 50e jour, le bubon était cicatrisé et bien affaissé; le malade se trouvait bien et se disposait à quitter l'hopital, lorsqu'une inflammation des plus violentes éclata dans la bouche; les gencives et la langue étaient douloureuses, ros-

ges, et tellement tuméfiées que la cavité de la bouche était presqu'entièrement effacée; toutes les dents étaient ébranlées; une salive abondante s'écoulait incessamment. Tout traitement fut alors suspendu; on prescrivit des gargarismes acides et des lavements; cet état fâcheux dura pendant quinze jours, après quoi il commença à s'améliorer; mais dans l'intervalle le malade avait perdu quatre molaires de la mâchoire supérieure, deux de chaque côté; ce ne fut qu'après trois semaines qu'il put prendre un peu de soupe, et seulement après plus d'un mois manger du pain. Il quitta l'hôpital après trois mois de séjour, ayant les jambes encore faibles et le teint très pâle. Sorti de l'hôpital, il se remit peu à peu et recouvra toute sa vigueur primitive en quelques mois. Environ un an plus tard, en novembre 1832, se trouvant en garnison à Briançon, il lui survint des ulcérations à la gorge pour lesquelles il subit un traitement composé d'une quarantaine de pilules de protoiodure de mercure; on lui toucha la gorge une à deux fois par jour avec un pinceau trempé dans une liqueur caustique; on lui donna des gargarismes d'une saveur très désagréable, et en six semaines il fut entièrement guéri.

Vers le milieu de 1833 il quitta le régiment pour être enrôlé dans des compagnies d'ouvriers d'administration, et se rendit à Toulon pour s'embarquer; mais pendant qu'il attendait l'organisation complète de ces compagnies, des excroissances de chair lui poussèrent à l'anus; il entra à l'hôpital de Toulon où on lui coupa ces excroissances et où il fut mis pendant un mois à la tisane de gentiane.

Quelque temps après sa sortie de l'hôpital de Toulon, il s'embarqua pour Alger où il fit, pendant six mois à peu près, régulièrement son service sans éprouver de souffrance; seulement, quelques jours après son débarquement il se manifesta quelques petites ulcérations autour de la base du gland et quelques croûtes à la tête, particulièrement à la racine des cheveux. Il croit que ces accidents se développèrent quelques jours après avoir eu des rapports sexuels. Il entra à l'hôpital du Dey où on lui fit des frictions sur la tête avec une pommade qu'il croit être de l'onguent mercuriel, et sortit guéri au bout de quinze jours ou trois semaines.

Vers le milieu de l'année 1834, il fut pris d'une fièvre intermittente tierce qui, malgré l'emploi du sulfate de quinine et d'autres moyens inconnus, dura six mois, s'accompagna à la fin d'un œdème général et d'une grande faiblesse. Sa convalescence se prolongeant beaucoup, on lui donna un congé d'un an pour aller rétablir sa santé à Paris, où il arriva vers le mois d'avril 1835. Il avait été traité à l'hôpital du Dey par MM. Monnard.

La route lui fut assez favorable, et il avait assez de force à son arrivée à Paris; il resta pendant un mois à se promener et allait de mieux en mieux lorsqu'une éruption de gros boutons qui suppuraient, se desséchaient et s'en allaient ensuite en petites écailles, se manifesta dans toutes les parties de la peau, mais principalement aux cuisses, aux reins, et au cuir chevelu. On le reçut à l'hôpital du Gros-Caillou, il y fut traité pendant près de deux mois; on lui donna des bains sulfureux de deux jours l'un, du sirop et de la tisane de gentiane, une demi portion d'aliments, et on lui pansa les pustules avec une pommade brune dont il ignore la composition. Au bout de six semaines les pustules disparurent, mais il resta longtemps sur la peau des taches jaunes à la place qu'elles avaient occupée. En sortant du Gros-Caillou il se trouva assez bien; il resta quelque temps chez lui et entra ensuite à l'Hôtel-Dieu en qualité de garçon de pharmacie; il eut environ une dixaine de rapports sexuels dans le courant de l'année sans éprouver rien de particulier. Son congé étant expiré, il repartit pour Alger au mois de février 1836, étant dans un assez bon état de santé. En arrivant à Alger, il se sentit moins fort qu'avant sa maladie, mais cependant il put faire son service et même suivre plusieurs expéditions, entre autres la première campagne de Constantine. Les fonctions génitales s'accomplissaient régulièrement, car le malade vécut pendant tout son séjour en Algérie, moins le temps de sa maladie, avec une femme espagnole sans s'apercevoir qu'il fût plus impuissant qu'auparavant. Il croit se rappeler cependant que sur les derniers temps son ardeur pour le coït était sensiblement diminuée. Il resta ainsi pendant environ deux ans. Dans le commencement de l'année 1838, il éprouva dans la tête des douleurs qui augmentèrent promptement et prirent un tel caractère de violence, qu'après huit jours elles étaient devenues intolérables et auraient fait pousser des cris au malade, s'il n'avait employé toute sa force de volonté pour se contenir; elles avaient lieu principalement la nuit, et se manifestaient par des élancements dont le siège était spécialement l'occiput et les tempes; le bruit et les mouvements les exaspéraient considérablement. Il entra alors à l'hôpital du Dey; dans les quinze premiers jours on lui fit huit saignées; puis on lui rasa la tête, et on la couvrit d'un vésicatoire qu'on laissa suppurer au moins cinq semaines; on lui

appliqua ensuite un séton à la nuque, et enfin un moxa derrière chaque oreille. C'est à la suite de ce dernier moyen que les douleurs commencèrent à se calmer un peu; elles duraient alors depuis deux mois et demi environ; le malade avait un dévoiement qui datait d'un mois; il avait perdu l'appétit et il ne pouvait se remuer dans son lit, même pour satisfaire ses besoins, tant sa faiblesse était grande. Une fois que ses douleurs furent un peu calmées, le dévoiement diminua graduellement; les douleurs elles-mêmes cessèrent complètement en trois semaines environ; le malade put prendre quelques potages, et enfin se lever après un mois de convalescence, c'est à dire trois et demi environ après son entrée à l'hôpital. Mais aussitôt qu'il put quitter le lit, il s'aperçut que tous ses cheveux et ses poils étaient tombés; sourcils, barbe, poils du pubis, des aisselles, rien n'avait persisté. Il croit se rappeler qu'il s'aperçut aussi, durant sa longue convalescence, d'une diminution de volume de ses organes génitaux.

Il resta ainsi quelques mois à Alger, hors de l'hôpital, sans pouvoir faire de service; sur ces entrefaites son congé définitif arriva, et il partit pour Paris où il arriva au commencement de l'année 1839. De retour à Paris, il resta pendant environ trois mois sans rien faire, puis il fut pris d'une forte douleur dans la tempe gauche supérieurement, et il entra, le premier février 1839, dans le service de M. Cullerier qui lui trouva une exostose, et tout le monde remarqua l'atrophie de ses organes génitaux. On lui donna de la salsepareille, on lui fit des frictions avec de la pommade jaune, puis noire, sur la tumeur, et il sortit, le 29 juin, conservant encore un peu de tuméfaction, mais peu ou point de douleur. Il demeura dehors pendant quatre mois sans éprouver de nouvelles souffrances. En sortant de l'hôpital, il se rendit dans une maison de femmes pour faire l'épreuve de sa virilité, bien qu'il n'éprouvât aucun désir, et ce ne fut qu'après de longues manœuvres de lasciveté qu'il parvint à éjaculer un liquide aqueux, très différent, dit-il, du sperme normal. C'est le seul rapport sexuel qu'il ait eu depuis son retour d'Afrique. Mais après ce temps, une nouvelle exostose se manifesta à l'occiput, et de vives douleurs, sans tuméfaction, se firent sentir le long des tibias. Il rentra de nouveau dans le service de M. Cullerier le 31 octobre et en sortit le 31 décembre 1839; il prit de la tisane de Feltz, une soixantaine de bains de vapeur et de deux à quatre pilules, qu'il croit être des pilules de Vallet pendant un mois.

Le 19 septembre 1840, il entra pour la troisième fois dans le service de M. Cullerier. Il avait alors un gonflement de la racine du nez, une exostose près de la fosse frontale droite et une autre à l'occiput; et enfin, d'après ce qu'il entendit dire au chef de service, et d'après ce qu'assure encore le surveillant de la salle, qui se rappelle parfaitement cette circonstance, d'un ramollissement du frontal. Le gonflement, qui avait surtout lieu à gauche, fut qualifié de tumeur lacrymale (1); mais le malade assure qu'il n'a jamais eu de larmoiement. Le traitement consista en fumigations émollientes dans les fosses nasales, en bains de fumigation dans une boîte, et en frictions sur la base du nez, surtout à gauche, avec une pommade qu'il croit être de l'onguent mercuriel. Les douleurs de tête avec exaspération nocturne avaient alors reparu assez fortes, et ne se dissipèrent que très lentement. Il fit à l'hôpital un séjour de près de six mois et ne sortit que le 13 mars 1841.

Bien que les souffrances du malade fussent apaisées toutes les fois qu'il sortait de l'hôpital, son état général était loin de s'améliorer. Ses forces, au contraire, diminuaient de plus en plus; sa peau devenait toujours plus fine et plus blanche, ses poils ne repoussaient pas; les cheveux seuls, qui avaient commencé à croître dès son premier séjour à l'hôpital du Midi, en 1839, étaient assez épais en 1841, mais d'une couleur moins foncée qu'avant leur chute; l'atrophie des organes génitaux continuait toujours. Il ne pouvait s'occuper qu'à des travaux peu fatigants, et encore d'une manière peu suivie. C'est dans cet état qu'il passa le reste de l'année 1841. Vers la fin de cette année, les douleurs de tête se reproduisirent, quoiqu'à un degré peu violent, et s'accompagnèrent cette fois d'un écoulement muco-purulent, et bientôt d'issue de petites parcelles d'os par la narine droite, et enfin d'étourdissements et d'une sensation de choc à l'occiput chaque fois qu'il se baissait. Il entra dans le service de M. Puche, le 26 janvier 1842, et fut soumis pendant plusieurs mois à l'usage de la liqueur antisyphilitique de cet habile praticien, laquelle est composée de la manière suivante :

Iodhydrargyrate de potassium .	1	gr.
Iode pur.	1	id.
Iodure de potassium	100	id.
Eau distillée.	398	id.
	500	

Les malades prennent 25 grammes de ce liquide par jour.

(1) Le malade ne peut se rappeler avec certitude

Au bout de quelque temps, le malade se trouva notablement mieux, et dans le courant de l'année les douleurs cessèrent, ainsi que l'écoulement muco-purulent de la narine droite, ainsi que l'issue de parcelles osseuses. Mais la faiblesse, la pâleur de la peau, l'absence de poils sur toutes les parties du corps, excepté à la tête, persistèrent à peu près au même degré; le malade fut présenté cette année à l'Académie, et son observation publiée dans la *Gazette médicale*. On pourra se convaincre, en comparant la description un peu trop romantique du malade à cette époque avec celle que nous allons donner, que son état n'a guère changé depuis lors, malgré les espérances que l'on avait pu concevoir. C'est pendant l'été de cette année qu'il eut, dans un rêve lascif, une éjaculation de matière aqueuse accompagnée d'une très légère sensation de plaisir. C'est la seule éjaculation qu'il ait eue depuis le jour où il s'était rendu dans un lieu public, pour mettre à l'épreuve sa virilité. Il sortit le 7 octobre 1842, et traîna dehors une existence assez misérable jusqu'au 4 février 1843, époque à laquelle il entra de nouveau dans le même service. Cette fois il n'avait pas de symptômes syphilitiques bien caractérisés; un malaise général, de l'inappétence, une pâleur générale prononcée, des étourdissements et une grande faiblesse, en un mot, les caractères de l'anhémie dominaient chez lui; on lui administra des pilules de Vallet et une nourriture aussi substantielle que possible; il sortit médiocrement amélioré le 6 de mai. Quelque temps après il fut admis chez M. Andral, à la Charité, et y fut traité pendant environ trois mois par les mêmes moyens. Il sortit conservant encore quelques étourdissements quand il faisait une course un peu longue. A la fin d'août, quoiqu'il n'eût fait dehors que quelques travaux peu considérables, les symptômes se renouvelèrent plus prononcés, et s'accompagnèrent d'élancements sur le sommet et la partie antérieure de la tête, s'exaspérant pendant la nuit et dans la station, moindres dans le jour et dans la position horizontale. Il réclama alors son admission à l'hôpital, et y fut reçu, ainsi qu'il a été dit, le 11 septembre. Il présentait alors l'état suivant, à part les douleurs dont il vient d'être question.

La peau est partout d'une blancheur et d'une finesse remarquables; les veines qui la sillonnaient autrefois sous forme de gros cordons saillants ne se reconnaissent maintenant qu'à une légère teinte bleuâtre sur le fond de la peau; les membres ont des formes arrondies sans aucune des saillies musculaires propres au sexe masculin, et qui étaient autrefois très prononcées chez Pr..; le volume de ses membres paraît un peu diminué. Les chairs sont partout flasques et comme formées d'un tissu cellulaire lâche. Les extrémités sont petites et d'une forme féminine. La poitrine, comme l'abdomen, est entourée d'un tissu cellulo-adipeux, mais les seins ne sont pas développés d'une manière particulière. L'expression de la physionomie est celle d'une femme de 45 à 50 ans, triste et languissante. Le malade est incapable de porter plus du quart d'un fardeau qu'il aurait porté autrefois.

L'appétit est peu considérable, 2/3e de portion suffisent pour le satisfaire; les digestions se font sans aucun malaise général ou local; la défécation ne se fait ordinairement que tous les trois ou quatre jours, quelquefois il se passe huit jours sans que le malade aille à la garde-robe; depuis son retour d'Afrique, il y a toujours eu de la constipation, sauf deux ou trois diarrhées de très courte durée. L'abdomen offre une forme à peu près normale, mais se rapprochant de celle propre au sexe féminin; dans le flanc droit, il y a une matité qui disparaît par le décubitus sur le côté gauche, tandis que dans le flanc gauche, il y a une matité qui persiste dans toutes les positions; à la région de la rate, il y a une matité de 21 centimètres sur 10, laquelle se confond inférieurement avec celle du flanc gauche. La région du foie donne une matité qui ne dépasse pas ou qui dépasse à peine les fausses côtes.

Le pouls est habituellement à 70, peu développé. Le cœur offre des battements et des bruits normaux, un peu sourds; il y a de l'obscurité du son plutôt que de la matité à son niveau. Palpitations lors de la marche ou d'un exercice un peu fatigant. On entend sur le trajet des carotides, surtout à droite, un bruit de souffle assez prononcé au premier temps. La chaleur de la peau est normale, quelquefois un peu plus développée que chez un homme bien portant. Il y a une augmentation d'impressionnabilité bien prononcée pour le froid.

La respiration est partout naturelle et facile, si ce n'est dans les mouvements un peu rapides. La sonorité de la poitrine est bonne dans tous les points. Tous les deux ou trois jours il s'écoule par la narine droite une petite masse de mucosités demi-concrètes qui gênent la respiration

si la tumeur lacrymale date de sa seconde ou de sa troisième entrée; cependant il incline à croire qu'elle date de la seconde, et qu'elle aurait seulement récidivé en s'aggravant à la troisième.

de ce côté, avant leur expulsion. Le malade ne sent d'ailleurs aucune douleur dans les fosses nasales, et l'étroitesse des narines empêcherait de rien voir dans le cas où il y aurait quelque altération. Les os propres du nez du même côté sont notablement déprimés. La voix est faible, aigre plutôt qu'aiguë; selon le malade, elle s'est un peu modifiée, mais elle a plutôt changé d'intensité que de ton.

La sécrétion urinaire n'est nullement troublée et ne l'a jamais été; les urines sont parfaitement limpides, même lorsqu'elles ont séjourné longtemps dans le vase; elles sont ou paraissent plus aqueuses qu'à l'état normal; elles ne précipitent pas par l'acide nitrique. — Le scrotum est constamment rétracté comme chez un enfant de quatre ans; il a le même volume et la même blancheur qu'à cet âge; les testicules sont représentés par deux petites masses mollasses, nullement rénitentes, et semblant faire corps avec le reste du tissu cellulaire des bourses; elles ont le volume de noisettes ordinaires. La verge offre les mêmes dimensions que chez un enfant de dix à douze ans; elle est constamment flasque; le prépuce est adhérent à la moitié supérieure du gland, qui ne peut ainsi être découvert qu'en partie. Cette adhérence, selon le malade, n'aurait commencé que depuis son retour d'Afrique, et se serait formée sans qu'il ait préalablement existé des ulcérations sur ces parties. Depuis l'éjaculation qui a été notée dans le premier séjour que le malade fit dans le service de M. Puche, aucune érection n'a eu lieu. Les désirs sexuels sont complètement éteints.

L'intelligence est assez obtuse, mais il est difficile de savoir si elle a été autrefois plus développée; le malade assure seulement que sa mémoire a considérablement faibli, et ce témoignage est confirmé par son frère qui est garçon de pharmacie à l'hôpital du Midi. Les sens ne paraissent avoir éprouvé aucune altération. La bosse occipitale est complètement aplatie, ou plutôt elle n'existe pas, mais il est impossible de savoir si cette conformation est antérieure ou postérieure à l'atrophie des organes génitaux.

Dès son entrée, le malade fut soumis à l'iodure de potassium, à la dose de 1 à 3 grammes; on lui donna deux portions, du vin et de la tisane de houblon. Quinze jours après, les douleurs de tête avaient presque entièrement cessé; un mois plus tard il n'en restait pas de traces. L'appétit avait un peu augmenté, et le malade pouvait manger trois portions; cependant la pâleur, la faiblesse, l'essoufflement, les bruits artériels (ou veineux), les éblouissements persistent au même degré, ainsi que l'épanchement abdominal et l'engorgement de la rate. Le malade a pris quatre bouteilles de solution d'iodure de potassium à la dose de 100 grammes par bouteille; depuis quinze jours le malade a cessé ce traitement pour être abandonné quelque temps au repos, et être soumis ensuite à une médication tonique.

Remarques. — J'ai insisté sur beaucoup de détails minutieux de cette observation, non seulement parce que j'ai pensé que ces détails pourraient augmenter l'intérêt déjà grand qu'elle présente, mais aussi afin de montrer que j'avais pris toutes les précautions possibles pour éviter de commettre des inexactitudes dont n'ont pas su se garantir complètement les observateurs qui ont déjà publié l'histoire de ce malade. Je ne voudrais cependant pas assurer que tous les faits se sont exactement passés tels que le malade les a racontés; car sa mémoire est loin d'être précise, et ce n'est qu'après maints interrogatoires et maintes confrontations de ses *dépositions* avec les dates consignées dans les états de service d'une part, et dans les registres de l'hôpital du Midi d'autre part, que j'ai pu parvenir à faire concorder parfaitement les diverses parties de sa longue et triste narration. Tâchons maintenant de les résumer en peu de mots, afin d'en bien saisir l'ensemble et, s'il est possible, l'enchaînement.

1° A l'âge de 19 ans, en 1829, Pr.... contracte des chancres à la verge, et subit à l'hôpital des Vénériens un traitement qu'il est permis de croire complet dans le sens que l'on attache ordinairement à ce mot.

2° A vingt ans, blennorrhagie qui, traitée par les bains, les balsamiques, les injections et les purgatifs, suit la marche la plus commune et arrive sans accidents à une terminaison heureuse.

3° A 21 ans, chancres qui, malgré les fatigues d'une longue route à pied, se cicatrisent en quelques jours, mais s'accompagnent d'un bubon à marche très aiguë, et qui parvient promptement à suppuration.

4° Pendant la durée de ce bubon, traitement mercuriel qui détermine une affection grave à la bouche, la chute de quatre dents molaires, et une assez longue convalescence.

5° A 22 ans, ulcérations à la gorge, pour lesquelles il subit un nouveau traitement mercuriel dont la durée n'est pas exactement déterminée.

6° A 23 ans, végétations à l'anus, lesquelles sont excisées à l'hôpital de Toulon, où le malade est de plus soumis à l'usage de la tisane de gentiane.

7° A 24 ans, ulcérations à la verge et croûtes à la tête ; les unes et les autres disparaissent en 15 jours sans autre traitement que des onctions sur les croûtes de la tête avec une pommade qui paraît être de l'onguent mercuriel.

8° De 24 à 25 ans, fièvre intermittente opiniâtre qui résiste pendant 6 mois à un traitement approprié, s'accompagne d'anasarque, et altère assez la constitution pour faire donner au malade un congé d'un an. Il n'est pas bien sûr que depuis cette époque la constitution se soit jamais rétablie dans son assiette normale.

9° A 26 ans, syphilide pustuleuse traitée par les bains sulfureux, du sirop et de la tisane de gentiane.

10° A 28 ans, céphalée manifestement syphilitique, accompagnée d'accidents dont il est difficile de se faire une idée nette, mais qui jette le malade dans le dernier degré de marasme. Traitement par les saignées abondantes, les vésicatoires, les sétons, les moxas. — Chute de tout le système pileux. Commencement probable de la transformation, ou plutôt de la dégénérescence des organes génitaux.

A partir de cette époque, on ne peut plus établir de limites tranchées dans les diverses phases de la longue et cruelle maladie qui mine le malade; des exostoses, des caries, un état d'anhémie, une sorte d'endolorissement le tourmentent tantôt ensemble, tantôt séparément, et ne lui laissent que de rares moments d'un calme qui est encore bien loin de pouvoir s'appeler la santé. On peut seulement remarquer dans cette longue période qui dure encore, ce que l'on observe dans toutes les maladies chroniques qui ont porté une atteinte profonde à l'organisation, c'est que chaque fois que le malade a été soumis à un traitement, c'est à dire surtout à des conditions hygiéniques meilleures que celles qu'il pouvait se procurer dehors, son état est devenu meilleur et supportable.

Tel est le sommaire bien succinct de l'observation que l'on vient d'entendre.

Avant de chercher à apprécier la cause de cette détérioration à laquelle est arrivé Pr....., il est important de bien distinguer les diverses données de ce problème complexe. Voici comment il convient, selon moi, de procéder, pour ne pas nous perdre dans ce dédale de symptômes qui se compliquent et se croisent dans tous les sens :

1° Rechercher ce qu'il y a de certain et de problématique dans les antécédents du malade ;

2° Résumer en peu de mots son état actuel ;

3° Voir si les connaissances que nous offre la science au point où elle en est, nous donnent une explication suffisante des faits que nous observons dans ce cas particulier.

Sur la première de ces trois questions, on a une probabilité énorme, sinon une entière certitude ; les détails de chacune des affections qu'a éprouvées le malade sont tellement précis, qu'il n'est pas permis de douter de leur exactitude. Le premier doute que l'on pourrait avoir serait sur la nature des accidents que le malade a éprouvés à son arrivée à Alger, accidents qui ont été jugés primitifs et qui pour moi étaient très probablement secondaires. Comme ces accidents n'ont pas été traités par la médication mercurielle générale, on pourrait leur attribuer les désordres qui se sont manifestés plus tard ; cependant, si l'on songe qu'à cette époque, deux fois déjà, à Briançon et à Toulon, il s'était déclaré des symptômes constitutionnels, on pensera sans doute que l'éclaircissement de ce doute n'a pas toute l'importance qu'on serait tenté de lui donner au premier abord.

Parmi les accidents que le malade a éprouvés postérieurement à ceux dont il vient d'être question, ceux qui se rapportent à la fièvre intermittente, à la syphilide et aux douleurs ostéocopes sont d'une nature assez facile à apprécier pour ne pas laisser de doutes dans l'esprit. Mais un fait qu'il aurait été intéressant de connaître d'une manière positive, c'aurait été de savoir si, après le congé que le malade avait obtenu pour se rétablir complètement des suites de sa fièvre intermittente, sa santé était en effet revenue à son type normal; tout ce que l'on peut dire à ce sujet, c'est que cela ne paraît nullement probable.

Quant aux accidents que le malade a éprouvés depuis et y compris les douleurs ostéocopes graves de 1838, s'il peut y avoir des doutes sur l'époque précise de leur manifestation et sur l'ordre dans lequel ils se

sont succédé, leur existence ne peut nullement être mise en question, et c'est là le point principal.

Il aurait été à désirer que l'on pût établir d'une manière positive l'époque à laquelle l'atrophie des organes génitaux a commencé, malheureusement rien de certain n'a pu être recueilli à ce sujet; il paraît seulement très probable qu'elle ne s'est manifestée qu'après la disparition des ostéocopes.

Voilà ce qui se rapporte à la première question.

Dans l'état actuel du malade, nous voyons d'une part des douleurs dont le caractère syphilitique ne peut être méconnu, et d'une autre part un état cachectique et une transformation organique dont la cause est beaucoup moins évidente, et qu'il ne sera peut-être pas tout à fait inutile de soumettre à la discussion.

Dans la transformation organique qu'a subie l'individu, il y a deux choses à considérer : 1° la transformation proprement dite qui se caractérise par le changement des attributs du sexe masculin en attributs du sexe féminin; 2° la détérioration cachectique qui est commune à toutes les affections chroniques graves. Or ces deux phénomènes ne me paraissent pas tenir à la même cause au moins directement, et voici ce que j'entends par ces mots : Trois causes peuvent être invoquées pour expliquer les effets que nous observons chez ce malade, 1° la cachexie syphilitique; 2° la cachexie mercurielle; 3° la cachexie miasmatique paludéenne; mais quelle que soit celle à laquelle on donne la préférence, je ne pense pas que l'on trouve dans la science des cas où aucune de ces diverses cachexies ait produit une modification organique semblable à celle qu'a subie Pr.... Si au contraire on compare les changements qui surviennent à la suite de la castration à ceux dont il a été question, on trouve entre les uns et les autres une parfaite analogie, abstraction faite toutefois de ceux qui chez Pr... dépendent d'un état morbide proprement dit, et sur lesquels nous reviendrons dans un instant. Il me paraît donc hors de doute que la perte des attributs de la virilité n'est ici, comme dans tous les cas analogues, que le résultat de l'atrophie des organes génitaux. Reste à savoir maintenant à quelle cause on doit rattacher cette atrophie elle-même. Il faut avouer que la difficulté est à peu près insurmontable; sans doute, si l'on considère que, selon toutes les probabilités, cette atrophie a débuté au moment où l'organisme tout entier se trouvait sous l'influence énergique et évidente du virus vénérien, on devra être fortement tenté de l'attribuer à l'action de ce virus; mais l'absence de semblables exemples empêchera tout homme circonspect de se prononcer d'une manière précise. Tous les cas d'atrophie des testicules que les auteurs rapportent sont en effet attribués à l'inflammation de ces organes, et dans les cas fort rares où cette inflammation n'a pas préexisté, aucune cause plausible n'a pu être appréciée. Cela dépendrait-il de ce que des questions assez multipliées ou assez précises n'ont pas été faites aux malades? C'est ce que des observations ultérieures pourront seules décider.

Quant à la cachexie qui, outre la transformation organique, existe chez ce malade, il est évident qu'elle ne dépend nullement de l'atrophie des testicules, car on sait bien que les castrats peuvent jouir d'une excellente santé. Il faut donc qu'il y ait une autre influence; et cette influence, je ne doute pas qu'elle ne soit due en grande partie au virus vénérien. Toutefois il est impossible de dire d'une manière précise quel rôle a joué dans la maladie de Pr.... l'infection marécageuse à laquelle il a été soumis, et il est étonnant que les observateurs qui m'ont précédé n'aient pas attiré l'attention sur cette circonstance; dans tous les cas, on ne peut guère douter que l'engorgement assez considérable de la rate qui persiste encore ne soit l'indice de la persistance de l'influence miasmatique, soit que cette influence agisse encore par son agent spécial, ou bien par les désordres matériels que cet agent a produits primitivement.

Si j'ai invoqué précédemment l'influence mercurielle comme troisième cause à laquelle on pourrait rattacher l'état de notre malade, ce n'est pas que pour mon compte je sois disposé à lui attribuer une grande importance; trop de faits quotidiens viennent aujourd'hui donner un démenti à ces exagérations systématiques touchant les propriétés délétères du mercure, pour que tout praticien ne soit pas parfaitement édifié sur ce sujet; mais il paraît bien certain, d'un autre côté, que l'administration immodérée de ce médicament peut, par l'affaiblis-

sement momentané et quelquefois assez long qu'il produit dans l'organisme, favoriser l'action fâcheuse du virus vénérien et peut-être aussi de plusieurs autres virus. C'est dans ce sens seulement qu'on pourrait, dans le cas actuel, lui attribuer une certaine influence qui serait d'ailleurs difficile à démontrer.

En présence de tant de doutes qui planent sur divers points de l'histoire de cette longue maladie, il serait satisfaisant que la science trouvât dans la puissance de la thérapeutique une compensation aux mécomptes qu'elle rencontre ailleurs. Malheureusement il s'en faut qu'il en soit de la sorte. Si l'on a pu espérer de ramener ce malade à la santé, on s'explique plutôt cet espoir par le désir bien naturel qu'on en avait que par la médication sévère de la maladie. Sans doute on pourrait, par une hygiène bien entendue, et en soustrayant le malade à des travaux pénibles, lui rendre son état supportable; mais lorsque le virus vénérien, ou même un virus quelconque, a détérioré l'organisation aussi profondément et depuis un aussi long temps que chez Pr..., il ne faut pas espérer, à moins d'une révolution organique presque miraculeuse, et dont, pour ma part, je n'ai jamais vu d'exemple, il ne faut pas, dis-je, espérer de rendre à cette organisation une véritable santé.

LEPRA VULGARIS BIEN CARACTÉRISÉE, RECOUVRANT TOUT LE CORPS, DATANT DE SIX MOIS. — ADMINISTRATION DE LA SOLUTION ARSÉNICALE DE FOWLER. — GUÉRISON AU BOUT DE QUATRE SEMAINES. Publiée par M. *Lad. A. Szerlecki*, docteur-médecin à Mulhouse (Haut-Rhin).

Au mois de juin 1840 se présente chez moi le nommé J. B., ouvrier de fabrique, pour me consulter pour une maladie de la peau, qui l'avait rendu si hideux que ses parents mêmes ne voulaient plus le garder chez eux.

Cet individu est âgé de 28 ans, d'une constitution robuste, d'une forme athlétique, avec des muscles bien développés. La maladie a commencé, il y a environ six mois; elle s'est déclarée d'abord aux bras et aux cuisses, et a fini par envahir tout le corps. Le malade dit qu'aucune indisposition intérieure n'avait précédé cette maladie cutanée. Quant aux causes, le malade ne pouvait rien me dire à cet égard. Il n'avait jamais eu d'engorgements des glandes, ni d'autres symptômes d'affection scrofuleuse; pur de toute maladie vénérienne, il n'avait jamais eu ni la gale, ni aucune autre affection cutanée. Il s'était toujours bien porté, et cette affection squameuse de la peau ne lui a troublé la santé en aucune manière. L'appétit est assez bon; les selles sont régulières; le malade ne souffre pas de la poitrine; le pouls est à l'état normal. Les parents du malade se portent bien, et le malade affirme qu'aucun membre de la famille n'était sujet à quelque affection de la peau que ce soit.

Ayant fait déshabiller le malade, j'ai procédé à l'examen de la peau. L'aspect en était vraiment hideux, dégoûtant. Tout le corps était couvert de squames qui se détachaient en assez grande quantité par le frottement. C'étaient surtout les extrémités supérieures, les cuisses et les fesses qui étaient le plus abondamment recouvertes de squames grisâtres. Les squames qui recouvraient les cuisses et les fesses présentaient une couleur plus foncée, tirant sur le vert sale. Les places qui étaient débarrassées de croûtes, présentaient des surfaces d'un rouge plus ou moins vif.

J'avais eu souvent occasion d'observer des cas de *psoriasis inveterata*, affection avec laquelle la *lepra vulgaris* a quelque analogie, mais jamais je n'ai vu ni dans ma clientelle, ni dans les diverses universités de la France et de l'Allemagne, ni même à l'hôpital Saint-Louis, si riche en maladies cutanées de tout genre, un cas de *lepra vulgaris* aussi prononcé et aussi intéressant que celui-ci. Aussi me suis-je empressé de prier M. J. Eck, artiste très distingué et d'un grand avenir, de faire le portrait entier de ce malade; c'est ce qu'il a bien voulu faire avec une exactitude toute particulière (1).

On pouvait suivre toutes les phases de la maladie, depuis son origine jusqu'à son développement entier. Au tronc, et surtout au cou, on voyait de petites surfaces rouges, sèches, légèrement élevées au dessus du niveau de la peau; à côté on voyait ces points rouges recouverts de petites squames très minces et circulaires, dont les bords présentaient plus d'épaisseur que le reste de la surface du disque. Cette épaisseur diminuait vers le centre qui était affaissé; sur la partie inférieure de l'abdomen on remarquait des plaques développées, dont les circonférences dépassaient dans quelques endroits

(1) Ce dessin n'a pu être reproduit.

celle d'une pièce de cinq francs. Aux extrémités supérieures, aux cuisses et aux fesses (le dos était moins couvert de plaques que la partie antérieure du cou, les jambes l'étaient le moins), les plaques sont superposées, confondues et ne formaient pour ainsi dire qu'une seule masse, de sorte qu'on ne pouvait plus y distinguer des disques. L'épaisseur des croûtes y était aussi considérable. Ce qu'il y avait encore de remarquable dans ce cas, c'est que le même individu portait sur le cuir chevelu, sur les oreilles et les parties latérales du cou cette espèce de lèpre qui a été décrite par Willan, sous le nom de *Lepra alphoïdes*, et qui est surtout caractérisée par le blanc chatoyant des squames.

Me rappelant les bons effets que les médecins anglais et M. Biett avaient obtenus de l'emploi des préparations arsénicales dans le traitement de la *Lepra vulgaris*, j'ai prescrit à mon malade la solution arsénicale de Fowler, dont il devait faire usage d'après la méthode suivante : Pendant la première semaine du traitement le malade devait prendre trois gouttes, quatre fois par jour, dans du bouillon d'orge. Dans la seconde semaine il devait en prendre quatre gouttes, dans la troisième cinq, et dans la quatrième six gouttes toujours quatre fois par jour. Pour m'assurer de l'efficacité du médicament je n'ai ordonné ni l'usage des bains, ni l'usage d'aucune tisane, et j'ai fait continuer au malade son régime ordinaire.

Je dois avouer que je n'avais pas grande confiance en cette médication dans un cas si grave. Mais quel fut mon étonnement lorsque, au bout de quatre semaines, cet individu se présenta chez moi complètement guéri. Il rapporte qu'au bout de quinze jours les croûtes se détachèrent, sans se former de nouveau, et que dans la troisième semaine les plaques rouges commencèrent à pâlir, jusqu'à ce qu'elles eussent pris la coloration de la peau saine. J'ai présenté ce malade à mon excellent confrère M. le docteur Gerspach, de Thann, qui s'est trouvé justement chez moi, et qui pouvait se convaincre de tous les détails que je viens d'énumérer. Je fis néanmoins continuer au malade la solution arsénicale de Fowler, à doses décroissantes, pendant quinze jours ; et un mois après, j'ai présenté cette observation à la réunion de la société médicale du Haut-Rhin à Colmar. — Ce malade était radicalement guéri.

Cette observation curieuse m'a été adressée par mon confrère M. le docteur Szerlecki, de Mulhouse. Je me suis d'autant plus empressé de la publier, qu'elle complète encore ce que j'ai dit plus haut du traitement du psoriasis.

REVUE.

RÉPONSE AUX QUESTIONS POSÉES PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE FRANCE SUR LA VACCINE ; par le docteur *Cugino Alessandro*, directeur du district vaccinal d'Asiogo.

Ce médecin italien a cru nécessaire de faire précéder la solution qu'il donne aux réponses posées par l'Académie d'un parallèle entre la variole humaine et le vaccin. En voici les principales et plus importantes propositions :

1° La variole et la vaccine sont toutes deux des maladies exanthématiques, constituées par des pustules de dimensions et de formes semblables.

2° Elles ont toutes deux le même caractère contagieux, avec cette seule différence que la première, plus puissante, peut se transmettre par le simple contact direct ou indirect, tandis que l'autre exige une inoculation.

3° Toutes deux ont la faculté de détruire ou atténuer la diathèse variolique ou l'aptitude à la variole. Le vaccin ici est peut-être l'unique exemple connu d'une véritable prophylaxie homéopathique.

4° Celui qui a été vacciné comme celui qui a été variolé peut être atteint de la variole.

Ces propositions sont, pour l'auteur, des vérités si connues, qu'elles n'ont pas besoin de démonstration. Il n'en est pas de même des suivantes, à l'appui desquelles il fournit les preuves que nous allons relater.

5° Les effets de la vaccination chez ceux qui ont été vaccinés comme chez ceux qui ont éprouvé la variole, offrent un rapport étroit

d'analogie numérique. Prenons pour preuve les résultats obtenus sur une grande échelle dans les revaccinations des armées de Hanovre et de Wurtemberg, documents fournis par Mühry et Heine.

Revaccinations du Hanovre.

Vaccinés après variole: avec succès, 16,00; incomplètement, 21,00; sans effet, 75,00.

Vaccinés après vaccine, avec succès, 11,00; incomplètement, 27,00; sans effet, 62,00.

Revaccinations du Wurtemberg.

Vaccinés après variole, avec succès, 32,00; incomplètement, 26,00; sans effet, 42,00.

Vaccinés après vaccine, avec succès, 34,00; incomplètement, 25,00; sans effet, 41,00

6° L'époque récente de vaccination s'oppose autant à la contagion variolique, qu'à la réussite d'une seconde vaccination.

7° Les âges où la variole est le plus facilement constatée par les individus vaccinés sont aussi ceux qui présentent le plus de revaccinations heureuses.

Afin de prouver la vérité de ces assertions, l'auteur confronte les épidémies varioliques qui se sont manifestées dans la province de Vérone de 1810 à 1838, celle du district d'Asiago en 1840, et les 1390 variolés, tous vaccinés, reçus en 1838 dans l'hôpital de Londres, avec les revaccinations opérées avec succès dans le Wurtemberg, de 1831 à 1836, et qui se montent à 44,000.

	Province de Vérone.	District d'Asiago.	Hôpital de Londres.
Varioleux . .	751	337	302
	—	—	—
De la naissance à 1 an .	1,06	0,89	0,00
de 1 an à 5 .	2,53	2,07	0,00
de 5 — à 10 .	10,38	4,75	1,65
de 10 — à 20 .	36,08	25,51	38,74
de 20 — à 30 .	35,55	31,36	53,97
de 30 — à 40 .	5,06	28,89	5,96
de 40 — à 50 .	0,26	5,34	
au dessus de 50 .	0,00	0,89	

Revaccinations heureuses du Wurtemberg.

Dans le Donaukreis . . .	27,00	Enfants pour la majeure partie.
— Swarzwaldkreis	29,00	
Chez les militaires. . . .	34,00	Adultes d'environ 21 ans.
En dehors des départ[ts] . .	51,00	D'âges divers.
Dans le Neckarkreis . . .	57,00	
— Jagstkreis	170,00	Adultes jusqu'à 30 ans.

8° Les caractères physiques des cicatrices vaccinales dans leurs diverses modifications ne donnent aucune indication quant à l'efficacité de la première vaccination, tant à prévenir la variole qu'à empêcher la réussite de la seconde vaccination; assertion que l'auteur se réserve de démontrer en répondant à la cinquième question.

9° Le vaccin transmis d'un adulte à un enfant éveille, selon le docteur Wiser, une réaction en rapport avec la différence d'âge des deux individus. Ce qui vient confirmer cette assertion, c'est que des phénomènes identiques ont été observés dans l'inoculation variolique.

10° Bien que Ceely n'ait réussi qu'une seule fois à découvrir une communication directe entre les vaches affectées de cowpox et les individus atteints de variole, il est cependant obligé d'avouer que la variole de la vache a toujours accompagné l'épidémie variolique de l'homme. Heine affirme aussi qu'en Suisse et dans le Holstein, où les épidémies varioliques et varioliformes, sont plus fréquentes et étendues qu'ailleurs, le vaccin original existe aussi en abondance.

11° Sonderland prétend aussi que depuis l'usage de la vaccine, le cowpox devient beaucoup plus rare chez les vaches.

12° Enfin, l'identité entre les deux virus devient bien plus évidente encore par les expériences de Sonderland, Numann, Gassner, Thiele et Ceely, qui, avec le virus variolique, ont produit le cowpox chez la vache, et ont tiré de celui-ci un vaccin excellent.

Il faut donc en conclure forcément que la variole et le vaccin sont identiques, et que l'on doit obtenir l'un par la simple transformation de l'autre; les modifications de ces deux formes sont, par une conséquence nécessaire, le résultat des divers organismes dans lesquels ils se trouvent placés.

La vertu préservative du vaccin est-elle absolue ou temporaire?

Telle est la première question posée par l'Académie. Pour la résoudre, le docteur Cugino examine les diverses causes qui ont été supposées rendre inconstante ou affaiblir cette vertu préservative. L'opinion de Heine, qui suppose que l'aptitude à la variole n'est pas congéniale et ne commence à se former qu'une année après la naissance, et que pendant ce temps l'inoculation vaccinale est tout à fait inutile, repose sur des idées plus spécieuses que vraies, auxquelles il suffit d'opposer le langage des faits, et pour ne relater que ceux qui sont propres à l'auteur, pendant l'épidémie variolique d'Asiago, sur 537 individus, 10 enfants non vaccinés avant l'âge d'un an furent atteints, et deux d'entre eux succombèrent; l'un avait deux mois, l'autre vingt jours; tandis que dans beaucoup de familles où la variole s'était introduite et avait atteint même les nourrices, les enfants vaccinés de huit, six, quatre mois et au dessous, n'éprou-

virent aucun effet de la maladie. Dans l'épidémie variolique de Vérone, de 1774 à 1806, c'est à dire avant l'introduction du vaccin, sur 4,303 morts, on compte 210 enfants au dessous de six mois, et 693 de six mois à un an. De 1810 à 1838, et après la découverte de la vaccine, sur 429 morts on trouve 34 enfants au dessous de l'âge d'un an.

Contrairement à l'opinion de Moreau de Jonnès et de beaucoup d'autres, l'auteur italien considère la variole, la varioloïde et la varicelle, comme une seule et même maladie se présentant sous des formes différentes. Il les a vues se montrer simultanément dans les mêmes localités, au milieu des mêmes familles, pendant l'épidémie observée en 1840 à Asiago, et avec cette loi constante que généralement on voyait apparaître la variole chez les sujets non vaccinés, la varioloïde chez ceux qui avaient été vaccinés depuis quelque temps, et la varicelle chez les enfants. (Dans ce pays, l'usage est de vacciner dans le cours de la première année.)

On prétend que le vaccin a dégénéré, et qu'ainsi on ne doit plus en attendre les effets du vaccin primitif, parce que, dit-on, tous les virus s'affaiblissent à mesure qu'ils se transmettent, et que l'intensité des phénomènes locaux n'est plus la même. D'abord la première loi n'est pas applicable dans l'espèce, car tout le monde sait que la variole se présente toujours avec la même violence; ainsi, selon le médecin italien, le vaccin qui a un rapport spécial d'identité avec cette maladie doit avoir conservé la même énergie; il est vrai que le vaccin a un peu changé dans sa forme primitive, car les boutons du cowpox ne sont pas tout à fait semblables, mais cette espèce de dégénérescence se borne à cette apparence extérieure et ne peut s'entendre de sa vertu prophylactique.

L'inoculation vaccinale est souvent impuissante, dit-on encore, à vaincre entièrement l'aptitude à contracter la variole dont elle affaiblit les effets seulement, en raison de la soustraction opérée. Il résulte des chiffres cités plus haut une loi générale, constante, qui démontre que l'efficacité du vaccin va s'affaiblissant en raison directe du temps; on observe en effet que la variole respecte toujours les individus nouvellement vaccinés, qu'elle atteint au contraire en nombre assez notable ceux qui l'ont été depuis longtemps, que la quantité des varioles est en proportion directe de l'éloignement de la première vaccination; ceci paraît certain jusqu'à l'âge de trente ans.

En récapitulant les différentes argumentations de l'auteur italien, voici sa réponse à la première question :

La vertu du vaccin préserve de la variole pendant toute la vie, et est *absolue*, dans le véritable sens de ce mot.

Elle est le plus souvent *relative* et a un rapport fondamental et nécessaire avec le temps, ce qui, par conséquent, la rend *temporaire*.

Elle est encore relative dans un autre sens, et a un rapport spécial et subordonné aux divers degrés de réceptivité variolique; lorsque celle-ci est très grande, la préservation n'est ni permanente ni temporaire, mais bien *incomplète* ou *nulle*.

Seconde question. — Dans le cas où elle serait temporaire, déterminer par des expériences et des faits authentiques le temps durant lequel la vaccine préserve de la variole?

Dans les sujets où la capacité variolique est en excès et l'emporte sur l'action du vaccin, il est impossible de déterminer la durée de l'innocuité. Chez les autres où cette aptitude ne se reproduit qu'à la longue, l'auteur pense pouvoir établir des calculs approximatifs d'après les tableaux qu'il a transcrits plus haut, et où l'on voit que la vertu préservative du virus vaccinal embrasse environ une dixaine d'années. Il préfère s'en tenir aux faits authentiques seuls, parce qu'il regarde les expériences directes avec la variole comme inadmissibles, et parce que les expériences indirectes faites à l'aide des revaccinations n'ont pas encore la sanction du temps et ne présentent pas une distribution assez catégorique sous le rapport de la diversité des âges.

Troisième question. — Le cowpox a-t-il une vertu préservative plus certaine et plus durable que la vaccine déjà employée dans les vaccinations successives?

Les raisons données précédemment permettent de répondre négativement, en prouvant que la vaccine, depuis son introduction jusqu'à nous, n'a pas perdu de son efficacité primitive.

Quatrième question. — En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse avec le temps, serait-il convenable de le renouveler et par quels moyens?

Nous avons vu que l'auteur admettait que la vertu préservative du virus vaccin pouvait s'affaiblir ou même se perdre à la longue chez les sujets inoculés, effet qui doit être rapporté aux changements qui ont lieu d'années en années dans les conditions physiologiques et pathologiques du corps humain et qui en changent la constitution organique, le tempérament, les

instincts et l'aptitude aux diverses maladies. Il est donc convenable, dans ce cas, d'avoir recours à la revaccination; mais nous savons aussi qu'il n'admet pas que ce virus puisse dégénérer par l'effet de ses transmissions successives, qu'enfin il éprouve une dégénérescence spontanée. Aussi rejette-t-il sans hésitation tous les moyens proposés pour sa rénovation, tels que le cowpox, l'inoculation variolique, la rétrovaccination ou l'inoculation des enfants avec le vaccin des adultes, suivant la méthode de Wier. En supposant même que, par exception, le vaccin vrai vienne à se changer en faux, ce ne serait ni à cette dernière méthode, ni à la rétrovaccination qu'il faudrait avoir recours, mais au vaccin légitime, puis à son défaut au cowpox, et enfin à l'inoculation variolique chez la vache, afin de le reproduire.

Cinquième question. — L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux a-t-elle quelque rapport avec la qualité préservative du vaccin ?

Le médecin italien a tiré de cet argument les conséquences les plus inattendues, en s'étayant surtout des relevés du docteur Heine; celui-ci a rangé 1055 cas de variole en deux catégories distinctes, selon la perfection plus ou moins grande des cicatrices de la vaccine antécédente, et a disposé, suivant la même idée, 16,840 cas de revaccinations heureuses. La solution du problème se trouve dans l'étude de ces deux documents statistiques, dont le dernier, par l'analogie que l'on démontre exister entre l'aptitude d'un vacciné à la variole et celle d'un individu également vacciné à une seconde vaccine, servira de contr'épreuve et de contrôle au premier.

Dans le Wurtemberg, sur 1055 varioleux, on compte par chaque cent :

A cicatrices régulières..... 86,63.
A cicatrices imparfaites..... 13,36.

Dans le district de Boblingen, on a revacciné avec succès 2,456 individus civils et 14,384 militaires. Sur ces 16,840 revaccinés, on trouve par cent :

Civils.....	Cicatrices régulières.....	65,00
	— imparfaites.....	54,00
Militaires..	— régulières.....	31,00
	— imparfaites.....	28,00

La majorité des cas est, comme on voit, du côté des vaccinés à cicatrices régulières et parfaites.

Lohmeyer, dans son rapport sur les revaccinations opérées dans l'armée prussienne en 1839, a dit aussi: « Cette année, comme précédemment j'ai observé que la revaccination a réussi d'une manière d'autant plus régulière et caractéristique que les individus portaient des cicatrices plus évidentes de la vaccination précédente; elle manqua au contraire souvent son effet, même après des épreuves répétées, chez ceux qui ne présentaient plus de traces de l'inoculation première. »

Il existe donc un rapport fondamental entre la vertu préservative du vaccin et l'intensité des cicatrices locales, rapport que l'on peut exprimer ainsi :

La vertu préservative du vaccin est en raison inverse de l'intensité des phénomènes locaux.

Donc ceux-là doivent être bien préservés chez lesquels le vaccin ne produit que peu de pustules ou aucune.

Donc les plus exposés à la contagion variolique sont les individus qui présentent les cicatrices les plus belles, les plus profondes, ou bien les pustules les plus volumineuses et les plus nombreuses. Donc la revaccination sera salutaire chez ces derniers et bien plus nécessaire que chez les autres.

Quant à la réaction consécutive à l'inoculation, elle est en raison directe composée de la force du vaccin et de la diathèse variolique. Là où cette diathèse est zéro, comme chez les nouveaux vaccinés et les varioleux, la réaction est zéro, l'inoculation reste sans effet, mais l'individu jouit d'une immunité entière.

Là où la diathèse est peu prononcée, la réaction est légère, l'inoculation suivie de pustules rares ou peu vigoureuses; l'individu vacciné n'en jouit pas moins encore d'une entière immunité.

Là où la diathèse est très vive, la réaction l'est aussi, et est signalée par des pustules nombreuses et vivaces. Dans cette circonstance, l'immunité est problématique, la diathèse pouvant par un effet très rare être épuisée tout entière par une compensation réciproque, mais pouvant aussi n'être que partiellement éteinte, et alors le sujet ne jouissant d'aucune immunité. Ainsi les individus de la seconde classe ou ceux qui ne sont préservés dans aucune période de la vie sont marqués de cicatrices plus nombreuses, plus régulières, plus distinctes, parce que c'est dans elles que l'on doit voir l'indice de la plus grande réceptivité à la variole, et du peu de valeur relative du vaccin.

Sixième question. Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois la même personne, et dans le cas affirmatif, après combien d'années convien-

drait-il de procéder à une nouvelle vaccination?

Pour décider quel est le temps où il convient de revacciner, il faut remarquer que les causes qui disposent les sujets vaccinés à la variole et qui indiquent par conséquent le besoin d'une nouvelle vaccination se réduisent à deux, c'est à dire à l'extinction incomplète de la capacité variolique et à l'extinction complète, mais temporaire, de cette même capacité. Les individus de la première classe, exposés à tous moments de leur existence à la contagion, exigent continuellement les secours préservatifs, jusqu'à ce qu'enfin la réaction vienne à cesser; relativement à ceux de la seconde classe, on a observé que chez la grande majorité la revaccination devenait nécessaire entre 10 et 30 ans après la première inoculation; on devrait donc fixer dans cette limite la durée moyenne de la préservation vaccinale. Mais comme déjà vers la septième année, on observe une régénération de l'individu, et que d'ailleurs l'inoculation est une opération tout innocente et très peu douloureuse, l'auteur voudrait que, suivant l'opinion de Wendt, de Wiser, de Riccardi et d'autres, celui qui a été vacciné depuis sept ans et plus se fît vacciner de nouveau et sans trop tarder.

CONTR'INDICATION DE LA VACCINE.

Le directeur de l'institution royale jennerienne et vaccinale de Londres, le docteur John Epps, qui se trouve en position de vacciner annuellement 6 ou 7,000 enfants, a remarqué, pendant toute la période de l'année qui vient de s'écouler, une prédominance très remarquable des affections éruptives, surtout chez les enfants à la mamelle. Que ce soit la misère, la mauvaise nourriture ou toute autre cause qui les aient produites, le docteur Epps a toujours évité de vacciner les enfants qui en étaient atteints, parce qu'alors, dit-il, bien que le vaccin produise son effet, il est certain qu'il ne peut pas exercer une influence protectrice aussi parfaite, modifiée que doit être son action par l'éruption étrangère, et aussi parce qu'il a observé que chez les enfants l'inoculation vaccinale donnait souvent lieu à des ulcérations, bien que le virus fût d'une bonne nature, et eût produit des boutons très légitimes chez d'autres enfants sains vaccinés en même temps. (*The Lancet*, Novembre. 1843.)

On doit regretter que le médecin anglais n'ait pas indiqué dans quelle espèce d'éruption la pustule vaccinale offrait la dégénérescence ulcéreuse.

DE LA REVACCINATION. — VICE DANS LES PUSTULES DE LA VARIOLE.

Dans le même congrès on a vu se renouveler les mêmes débats que ceux auxquels nous avons assité à l'Académie de médecine de Paris au sujet de la question des revaccinations et de la faculté préservative plus ou moins constante du virus vaccin. Mêmes doutes, mêmes raisonnements, partant mêmes conclusions; aussi nous garderons-nous bien de retracer cette discussion; mais à sa suite le professeur Cerioli a lu un mémoire sur quelques vers trouvés dans les pustules confluentes de la variole, et qu'il pense s'y être développés par génération équivoque.

Le peu de détails que nous trouvons sur ce sujet nous oblige à ne faire que l'annoncer.

(*Filiatre Sebezio*, novembre 1843.)

INOCULATION DE LA ROUGEOLE.

Pendant l'hiver de 1842 régna en Hongrie une épidémie grave et très étendue de rougeole. C'est dans cette circonstance que le docteur Von Katona crut devoir recourir à l'inoculation de la maladie, ce qu'il fit en effet sur 1,112 personnes, chez lesquelles il parvint à développer une rougeole d'une forme bénigne. Ce fut Home, d'Edimbourg, qui le premier, en 1750, inocula avec succès la rougeole; ses expériences furent confirmées, en 1822, par le professeur Speranza. Néanmoins, beaucoup de personnes conservèrent des doutes sur la vérité de ce fait et n'eurent recours à l'inoculation que dans le cas d'épidémie grave. Beaucoup d'autres observations ont cependant confirmé depuis celles de Home et de Speranza. L'inoculation a manqué son effet sept fois sur cent, mais chez les autres la maladie s'est bien terminée, son cours en a été beaucoup moins grave, et cette inoculation n'a été fatale à aucun malade. Elle se pratique du reste comme celle du vaccin, en enlevant un peu de l'humeur mêlée de sang qui existe sous l'efflorescence. Un cercle rouge se forme autour du point d'insertion et diminue peu à peu. Au septième jour, on voit paraître la fièvre avec les prodromes de la rougeole. Au neuvième ou dixième jour après l'inoculation, l'éruption se développe et parcourt ses stades ordinaires, mais avec des symptômes plus légers. Vers le quatorzième jour, au plus tard, la fièvre diminue; et au dix-septième (sept ou huit jours après l'éruption), le malade est convalescent.

Oestr. med. Wochenschr, juillet 1842.
Ou *Annali univ. di medici*, septembre 1843.

Paris.—Imp. Félix Locquin, 16, r. N.-D. des Victoires.

1re ANNÉE. ——— 1er VOLUME. — N° 7. ——— FÉVRIER 1844.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES ENGORGEMENTS SYPHILITIQUES DES TESTICULES.

Restée pendant longtemps dans le vague où s'agitaient les écrivains des siècles passés, l'histoire des engorgements syphilitiques des testicules s'est peu à peu enrichie de faits nouveaux plus positifs, et elle est arrivée jusqu'à nous avec une légère empreinte de ce cachet d'exactitude que tendent à prendre, malgré de nombreuses mais d'impuissantes oppositions, les travaux et les doctrines de notre époque; cependant cette histoire est bien loin encore d'avoir atteint sa perfection; elle présente de nombreuses lacunes à remplir, et un assez grand nombre d'erreurs à déraciner. Dans le travail qui va suivre, je ne comblerai qu'un petit nombre de lacunes, mais je redresserai assez d'erreurs courantes qu'il n'est pas sans utilité de connaître.

De tous les engorgements syphilitiques des testicules, celui qui se manifeste dans le cours d'une blennorrhagie est, comme chacun le sait, à beaucoup près le plus fréquent; c'est aussi celui dont l'histoire est la plus connue; c'est par lui que je commencerai. Quant à l'engorgement chronique, qui, d'après les idées généralement reçues depuis peu d'années, surviendrait pendant l'existence d'une vérole constitutionnelle, je n'aurai pas de peine à montrer que son histoire, son existence même, est encore enveloppée de ténèbres, et que les observations d'Astley Cooper, par exemple, auquel on s'est empressé trop légèrement d'accorder une confiance ou plutôt une valeur exagérée, sont moins propres à éclairer la question qu'à montrer jusqu'à quel point et avec quel succès un homme en position pourrait, s'il en avait la volonté, abuser de la crédulité publique.

1° De l'engorgement syphilitique aigu des testicules, ou orchite blennorrhagique.

Cette maladie a encore reçu différents noms, tels que : *hernie humorale*, *tumeur vénérienne des testicules*, *testicule vénérien*, *inflammation des testicules*, *chaude-pisse tombée dans les bourses*, *orchite urétrale*, *épididymite*, *vaginalite*.

De tous ces noms, je préférerais celui de *chaude-pisse tombée dans les bourses*, comme exprimant les vraies conditions de la maladie, si l'urbanité scientifique ne devait s'efforcer de bannir de son langage les expressions triviales ou bizarres que quelques auteurs, heureusement assez rares, affectent au contraire de rechercher. Peu partisan des locutions nouvelles, je ne proposerai pas de remplacer celle-là, et j'adopterai la dénomination d'*orchite blennorrhagique*,

comme la moins défectueuse après celle de *chaude-pisse tombée dans les bourses.*

CARACTÈRES ANATOMIQUES. — SIÉGE. — En n'ayant égard qu'à la fréquence de l'orchite blennorrhagique, il semblerait que rien n'est plus facile à établir que les caractères anatomiques de cette affection. Il n'en est cependant point ainsi, et la raison en est qu'entraînant très-rarement ou peut-être même jamais la mort par elle-même, on n'a que peu d'occasions de faire l'examen anatomique des parties malades. M. Gaussail a été favorisé sous ce rapport, car il a consigné le résultat de trois autopsies dans son important mémoire (*Arckiv. génér. de méd.*, tom. XXVII, 1re série, ann. 1831). Dans le premier de ces cas, il trouva le canal déférent augmenté de volume dans toute son étendue ; sa cavité était diminuée et obstruée par une matière d'un blanc jaunâtre ; de petits vaisseaux plus rouges que dans l'état sain se ramifiaient sur ses parois. L'épididyme était volumineux, d'un rouge lie de vin, et à son centre se trouvait un dépôt de matière analogue à celle que renfermait le canal déférent. Le testicule ne présentait qu'une injection marquée des vaisseaux qui se distribuent dans son épaisseur. La tunique vaginale contenait un peu de sérosité roussâtre. Dans les deux autres cas, les lésions étaient à peu près les mêmes, seulement celles des testicules étaient plus prononcées. Il n'est fait mention dans aucune de l'état du tissu cellulaire des bourses. Les vésicules séminales étaient malades dans tous les cas. J'ai eu l'occasion une seule fois de faire l'autopsie d'un homme mort d'une fièvre typhoïde pendant la durée d'une orchite blennorrhagique. Le canal déférent était médiocrement tuméfié et seulement dans la longueur d'un pouce et demi à partir de son extrémité inférieure ; l'épididyme était à peu près doublé de volume, dur et rougeâtre ; le testicule avait la grosseur d'un petit œuf de poule ; ses vaisseaux étaient fort injectés, et il renfermait dans son épaisseur trois petits dépôts de matière informe, différant du tubercule par une consistance moindre, une transparence, et surtout une humidité beaucoup plus prononcées, ainsi que par une coloration plus jaune ; la tunique vaginale ne contenait que quelques gouttes de sérosité transparente, citrine. Le tissu cellulaire sous-cutané était beaucoup plus roide, plus rouge, plus volumineux que dans l'état normal ; les vésicules étaient saines (1). Bien que le petit nombre de ces faits ne suffise pas pour établir sur des bases inébranlables l'histoire anatomique de l'orchite blennorrhagique, leur grande analogie permet presque de les considérer comme l'expression de la loi générale, d'autant plus qu'ils concordent parfaitement avec ce que l'on peut constater à l'aide du toucher sur le vivant.

Ils montrent que tous les tissus ou organes renfermés dans les bourses participent plus ou moins à la maladie (première raison en faveur de la dénomination de chaude-pisse tombée dans les bourses), et font voir en même temps l'erreur de l'opinion *attribuée* à Swédiaur, et qui veut que l'épididyme soit le siége exclusif des lésions ; je dis de l'opinion attribuée à Swédiaur, car l'erreur de ce savant syphiliographe n'est pas d'avoir dit que le testicule ne s'affectait pas dans l'orchite, mais bien d'avoir dit qu'il ne s'affectait que dans les deux ou trois jours qui suivent son début, et *toujours* par la faute du médecin ou du malade. Les observations cadavériques précédentes prouvent aussi qu'il serait plus défectueux encore de ne voir dans l'orchite qu'une *vaginalite*. D'ailleurs les conclusions qu'on peut tirer des autopsies sont entièrement confirmées par l'observation du malade. Dans tous les cas que j'ai pu voir, dans tous ceux qu'ont vus MM. Gaussail et Marc d'Espine, le testicule et l'épididyme étaient affectés en même temps, et presque toujours concurremment avec le cordon spermatique. Quant à la tunique vaginale, je l'ai trouvée beaucoup plus souvent saine, et c'est aussi ce qu'a rencontré M. Aubry dans 80 cas qu'il a examinés dans le but de constater jusqu'à quel point l'état de la tunique vaginale concourait à la formation de la tu-

(1) A une époque où j'étais à la recherche de testicules pour le compte de mon ami Sappey, qui avait à les préparer pour un concours, j'eus l'occasion de voir un sujet chez lequel ils présentaient des caractères inflammatoires prononcés ; l'un avait le volume d'un gros œuf de pigeon, l'autre celui d'un petit œuf de poule ; ce dernier renfermait trois abcès, dont le plus gros égalait un gros pois ; les épididymes étaient rouges, et d'un volume à peu près double de l'état normal ; les cordons étaient à peine tuméfiés, et seulement dans leur moitié inférieure. Le sujet avait également succombé à une fièvre typhoïde ; il n'était pas tuberculeux. Je n'ai pu me procurer des renseignements sur la maladie des testicules.

meur ; et cela non pas en s'en rapportant au toucher, mais bien en pratiquant des ponctions sur les testicules. Il a trouvé dans 25 cas absence complète de sérosité ; dans 33 il constata une quantité de sérosité qui variait depuis quelques gouttes jusqu'à une cuillerée à café; et dans 22 cas il en trouva la valeur d'une cuillerée à café ou d'une cuillerée à bouche ; la plupart des sujets des diverses catégories avaient leur maladie depuis huit jours ou plus. Enfin il faut remarquer que le liquide qui s'écoule de la tunique vaginale lorsqu'on pratique des ponctions est, à d'extrêmement rares exceptions près, parfaitement transparent, ce qui indique que son accumulation est plutôt le résultat d'un obstacle à la circulation ou de toute autre cause que d'une inflammation de la tunique. Il faut avoir soin, pour constater la nature du liquide, de ne pas attribuer à une autre cause qu'à la véritable la coloration qu'il prend par son mélange avec le sang qui s'écoule des bords de la plaie ; cette cause d'erreur est si facile à éviter, que je ne l'aurais certainement pas signalée, si je ne savais pas qu'elle a quelquefois été méconnue. Enfin l'examen attentif du malade démontre que, dans la plupart des cas, le tissu cellulaire sous-cutané, et même souvent la peau, sont le siége d'une congestion plus ou moins prononcée.

On a beaucoup disserté sur le côté qui était le plus souvent affecté d'orchite, et l'on ne s'est pas abstenu de nombreuses explications, les unes en faveur du testicule droit, les autres en faveur du testicule gauche ; mais les uns et les autres ont oublié une chose, c'était de constater si en effet l'orchite avait de la prédilection pour un testicule quelconque. M. Gaussail fut le premier qui essaya de résoudre la question par le seul moyen possible, c'est-à-dire en comptant des faits *rassemblés sans choix ;* et il arriva à un résultat qui s'éloignait beaucoup de l'opinion générale, mais qui n'était pas susceptible de l'interprétation qu'il lui donna. M. Marc d'Espine n'ajouta que peu de faits à ceux de M. Gaussail; et, plus sage en cette circonstance que son prédécesseur, il se contenta de poser les chiffres sans tirer de conclusions. Est venu ensuite l'intéressant travail de mon ancien collègue et ami M. Aubry, qui, après avoir fait sentir l'insuffisance des faits de M. Gaussail, et avoir reproché à cet auteur des conclusions prématurées, est immédiatement tombé dans le même défaut que lui. L'erreur de tous les deux vient de ce qu'ils se sont servis de la statistique sans en avoir assez étudié les véritables principes. Je vais à mon tour donner mes chiffres et les ajouter à ceux des auteurs qui m'ont précédé, et nous aurons ainsi une somme de faits à peu près suffisante pour résoudre définitivement la question. Mais, auparavant, il est nécessaire de détruire un vice de raisonnement qu'a commis mon collègue et ami M. Aubry, et d'autres après lui ; ce vice de raisonnement est le suivant. Pour bien apprécier, selon M. Aubry, l'aptitude de chaque testicule à être pris d'inflammation blennorrhagique, il ne faut pas se contenter de compter les faits en masse, mais bien considérer à part les orchites primitives et les orchites secondaires ou doubles, attendu que, selon M. Aubry, dans ces deux dernières catégories, la maladie commençant plus souvent à gauche, il en résulte évidemment que ce côté est plus souvent affecté que le côté droit. En présentant comme je le fais ici à dessein cette argumentation sous son véritable jour, on en voit immédiatement le défaut ; en effet, supposez 4,000 pneumonies, dont mille affectent le poumon droit, mille le poumon gauche, et deux mille les deux poumons à la fois, mais en commençant toujours par le côté gauche ; en conclurez-vous que le poumon gauche est *plus souvent* affecté que le droit? Tout le monde comprend qu'une pareille conclusion serait absurde; la seule conclusion légitime serait que dans les pneumonies doubles la maladie *commence* plus souvent à gauche qu'à droite, ce qui est une question toute différente de celle qui concerne la fréquence absolue de la pneumonie dans chaque poumon. J'accorderais donc volontiers à mon ami Aubry, si ses observations étaient un peu plus nombreuses (elles ne sont que 17), que dans les orchites doubles et dans les orchites secondaires la maladie débute plus souvent à gauche qu'à droite; mais c'est tout ce que je pourrais lui accorder.

Voici maintenant le nombre des orchites observées par moi, et celles consignées dans les mémoires des divers auteurs que j'ai cités :

	Orchites droites.		Orchites gauches.		Orchites doubles.	Total.
Par M. Gaussail. . .	45	+	24	+	4	73
Par M. M. d'Espine.	12	+	11	+	6	29
Par M. Aubry. . . .	40	+	52	+	7	99
Par moi.	125	+	133	+	7	265
TOTAL.	222	+	220	+	24	466

Il résulte de ce tableau que sur 466 orchites 24, ou à très-peu près $\frac{1}{20}$, existaient des deux côtés, et que les 442 restantes ou les $\frac{19}{20}$ avaient lieu d'un seul côté, savoir : 222 fois à droite, et 220 fois à gauche.

Quoique ces chiffres ne soient pas tout à fait aussi nombreux qu'on pourrait le désirer, cependant je suis convaincu qu'ils représentent la loi générale, attendu qu'en réunissant d'un côté tous les faits rassemblés par les trois auteurs cités, et les comparant aux miens, le même rapport subsiste presque identiquement, et que deux séries concordantes de faits recueillis en des temps et par des observateurs différents me semblent, comme à M. Louis, avoir plus de valeur qu'une seule série de faits plus nombreux, mais recueillis *sans interruption* dans un même lieu.

CAUSES. — L'existence actuelle ou *récemment passée* d'une blennorrhagie est la condition essentielle de l'orchite aiguë ; mais en dehors de cette condition, sur laquelle nous reviendrons dans un instant, il doit en exister d'autres, car toutes les fois qu'une blennorrhagie se manifeste, elle n'entraîne pas nécessairement une orchite. Malheureusement la plupart des autres sont restées inappréciées, tant leur manière d'agir est obscure et difficile à pénétrer ! Avant d'en aborder l'étude, signalons encore une fois cet écueil si connu, si facile à éviter, et contre lequel cependant viennent à chaque instant échouer les meilleurs esprits ; c'est ainsi que, pour M. Gaussail lui-même, avoir constaté que cinquante et une fois les malades ont fait un excès de boisson, ou une longue course, ou subi un refroidissement, etc., etc., avant le développement d'une orchite, c'est avoir constaté que ces diverses circonstances ont produit l'orchite ; c'est à renoncer pour jamais à l'espoir de voir enfin la logique respectée par la plume des médecins.

Age. — Tempéraments. — Professions. — Climats. — Maladies antérieures. — M. Marc d'Espine a donné sur l'âge, le tempérament, la profession de ses malades, des tableaux qui ne peuvent conduire à aucun résultat, à cause du petit nombre de faits qu'ils renferment, et qui seraient encore fort difficiles à interpréter si le nombre en était plus grand (1). Il faut donc se résoudre à renvoyer à un autre temps la solution de ces importantes questions ; il en est de même de celles qui se rapportent à l'influence des climats, des saisons (2) et des maladies antérieures, syphilitiques ou autres. Il semblerait cependant résulter du relevé, à la vérité trop restreint, de M. Aubry que l'orchite, contrairement à la pneumonie, a moins de tendance, lorsqu'elle récidive, à affecter le testicule qui a déjà été malade que celui qui ne l'a pas encore été.

Dans un article récent, presque aussi dé-

(1) L'importance du sujet me fait espérer qu'on me permettra de m'y arrêter un instant, d'autant plus qu'on se fait généralement une très-fausse idée des difficultés qu'on a à vaincre pour arriver à des vérités étiologiques. Il ne manque pas, par exemple, de médecins qui supposent que rien n'est plus facile à constater que l'influence de l'âge sur une maladie, sur l'orchite en particulier. Or, j'admets qu'on ait un grand nombre d'observations d'orchite avec l'âge de chaque sujet : que faudra-t-il pour arriver à la solution de la question ? D'abord, comme l'observe judicieusement M. M. d'Espine, connaître l'âge relatif de tous les individus qui composent la population du lieu où l'on observe, ce qui est presque impossible à Paris ; et puis savoir *en quelle proportion les individus de chaque âge s'exposent à contracter la cause essentielle de l'orchite* ; car il est bien certain que sur mille individus âgés de 50 ans, il y en a moins qui s'exposent à la contagion syphilitique que sur un pareil nombre d'individus âgés de 25 ans.

La question des professions offre des difficultés au moins aussi grandes : ainsi on ne sait pas la fréquence relative de chaque profession ; on ne sait pas la fréquence avec laquelle chaque profession s'expose à la contagion ; on ne sait pas dans quelle proportion chaque profession vient réclamer des soins dans les asiles publics ; et cependant tout cela est nécessaire pour apprécier avec quelque rigueur l'influence des professions sur le développement de l'orchite.

L'appréciation de l'influence des tempéraments, sans être aussi difficile que celles qui précèdent, est pourtant impossible dans l'état actuel de la science ; non-seulement on ne connaît pas la fréquence relative de chaque tempérament, mais encore on s'entend à peine sur les caractères propres à tel ou tel tempérament ; ce qui fait que ce qui pour un médecin sera un tempérament lymphatique sera pour un autre un tempérament lymphatico-nerveux ou lymphatico-sanguin, etc., etc. On a tous les jours occasion de constater de semblables faits.

(2) M. Gaussail a constaté que le plus grand nombre d'orchites se sont présentées à son observation dans le mois le plus froid de l'année ; c'est au contraire dans le mois de juillet et d'août que je les ai vues en plus grand nombre ; mais les différences ne

fectueux par la forme que par le fond, on trouve une longue énumération de causes entassées sans ordre et sans clarté, et, ce qui est plus fâcheux, sans aucune espèce de preuve à l'appui. Sans doute il est rationnel de penser que toutes les causes qui peuvent appeler ou entretenir une congestion, une irritation, vers les bourses, comme un varicocèle, un bandage herniaire, l'accumulation de matières fécales, les froissements, les contusions, etc., etc., peuvent favoriser le développement de l'orchite ; mais d'une simple probabilité à une démonstration il y a encore assez loin pour qu'on doive se donner la peine de vérifier le fait ; on en sent d'autant mieux la nécessité que très-souvent (22 sur 73 sont dans ce cas dans le Mémoire de M. Gaussail) l'orchite se développe sans l'intervention d'aucune des causes que l'on a coutume d'invoquer, et que non moins souvent ces causes agissent sans produire l'effet qu'on leur attribue ; et non-seulement le développement en apparence spontané de l'orchite se fait en l'absence de toutes ces causes chez des individus qui continuent leurs travaux, mais encore chez ceux qui semblent dans les meilleures conditions pour se soustraire à la maladie, c'est-à-dire chez ceux qui gardent le repos complet au lit.

L'intensité des phénomènes blennorrhagiques ne paraît avoir aucune influence sur le développement de l'orchite ; sur 37 malades affectés d'orchite que j'ai interrogés dans ce sens, 31 avaient médiocrement souffert au début de la blennorrhagie ; 6 avaient éprouvé des douleurs très-vives, et un de ces six avait eu une hémorrhagie urétrale qui était allée jusqu'à produire la syncope. Chez ce malade l'orchite se développa pendant qu'il gardait le repos au lit et qu'il était encore dans une anémie très-prononcée, suite de son hémorrhagie. L'existence d'autres symptômes syphilitiques, compliquant la blennorrhagie, semblent avoir une influence beaucoup plus prononcée que le plus ou moins d'intensité de ses propres phénomènes. M. Gaussail avait déjà remarqué que l'orchite était plus rare dans les cas de blennorrhagie compliquée de chancres, de bubons, de phimosis, que dans la blennorrhagie simple. Quant au rapport absolu de fréquence entre la blennorrhagie et l'orchite, M. Gaussail a cherché à le donner, tout en faisant remarquer que, comme on ne reçoit à l'hôpital que par exception les blennorrhagies simples, les chiffres qu'il a pu donner n'ont pas une valeur bien positive. Cependant je ne pense pas qu'il se soit beaucoup écarté de la vérité en appréciant à *un dixième* la fréquence relative de l'orchite et de la blennorrhagie.

Voici les chiffres que j'ai obtenus en notant à la consultation *tous* les cas d'orchite et *tous* les cas de blennorrhagies simples ou compliquées qui s'y sont présentés, et en ayant soin, bien entendu, de ne pas compter deux fois les mêmes malades :

Sur un nombre total de 1172 blennorrhagies, 265 étaient accompagnées d'orchite, c'est-à-dire qu'il y avait environ une orchite sur 4 $\frac{1}{2}$ blennorrhagies. Ce résultat n'est pas tout à fait en rapport avec l'opinion de certains chirurgiens qui avancent, à tout hasard, que l'orchite n'a pas lieu une fois sur 100, comme ils diraient une fois sur 10 ou une fois sur 1,000. On comprend très-bien que tous les esprits, et en particulier ceux qui ne sont pas susceptibles de faire des raisonnements un peu compliqués et laborieux, aient peu de goût pour les chiffres ; mais on comprend moins que ces esprits ne sachent pas s'abstenir de traduire leurs opinions en chiffres quand ils ne possèdent que de grossiers à peu près.

Je ne prétends pas cependant que les chiffres que j'ai donnés traduisent le rapport exact de fréquence qui existe entre l'orchite et la blennorrhagie ; je suis même disposé à croire que ce rapport est trop élevé du côté de l'orchite, parce qu'il est bien possible que parmi les malades affectés de blennorrhagie simple, il y en ait plusieurs qui négligent de venir demander des soins, tandis qu'il n'en est pas de même de ceux qui sont affectés d'orchite, maladie plus ou moins douloureuse, et qui trouble plus que la première les fonctions générales. Il ne faut pas oublier néanmoins que sur 11 blennorrhagies simples admises dans l'hôpital pendant l'année où M. Gaussait faisait ses observations, 3 se sont compliquées d'orchite sous les yeux du médecin, et que sur 33 blennorrhagies simples qui ont été reçues en 1843 dans le service de M. Vidal, 5 se sont également compli-

sont pas assez tranchées pour que je puisse encore me prononcer sur l'influence des saisons.

quées d'orchite; ce qui semblerait indiquer qu'en effet le rapport signalé plus haut, s'il n'est pas absolument exact, se rapproche au moins singulièrement de la vérité.

J'ai déjà dit que M. Gaussail avait remarqué la plus grande rareté de l'orchite dans la blennorrhagie compliquée que dans la blennorrhagie simple. Voici ce que je trouve en examinant sous ce rapport mes observations : mes 1172 blennorrhagies étaient réparties de la manière suivante: blennorrhagies simples, 991; blennorrhagies compliquées, 181; l'orchite coïncidait 253 fois, ou un peu plus du $\frac{1}{4}$, avec les premières, et 12 fois, ou $\frac{1}{15}$, avec les secondes; ces chiffres confirment pleinement la remarque de M. Gaussail, laquelle peut être considérée maintenant comme une vérité démontrée. Je dois dire que j'ai fait entrer dans les cas compliqués les blennorrhagies accompagnées de bubons, ou, si l'on veut, d'engorgements inguinaux, qui sont généralement peu prononcés, comme chacun le sait, et qui sembleraient par conséquent ne pas devoir exercer une grande influence sur le développement de l'orchite; et cependant, sur 88 blennorhagies de cette espèce, 5 seulement, c'est-à-dire moins de $\frac{1}{17}$, furent suivies d'orchite. Je ne dirai rien de l'influence spéciale de chacune des autres complications, les observations n'étant pas assez nombreuses pour fournir des données certaines sur ce sujet. J'ajouterai seulement que la complication de végétations, soit à la verge, soit à l'anus, paraît avoir une influence nulle.

Des observateurs attentifs, M. Gaussail entre autres, ont cru remarquer une disposition particulière de la part de certains individus à être affectés d'orchite. Je n'ai pas encore eu d'occasion de faire une semblable remarque; je dirai seulement que la manière dont M. Gaussail s'explique cette particularité ne paraît pas très-fondée, puisqu'elle repose sur la supposition qu'une première orchite prédispose à une seconde, tandis que les faits dus à M. Aubry, et dont j'ai déjà parlé, sembleraient indiquer tout le contraire.

On a accusé les injections urétrales de déterminer souvent l'orchite. Cette opinion n'est pas démontrée, non plus que l'opinion contraire, qui regarde les injections comme un excellent moyen préventif. Il n'est pas inutile de faire voir que les rares partisans de la dernière opinion ne semblent y avoir été conduits que par le faux raisonnement que voici : les injections suppriment l'écoulement de bonne heure; or, comme l'orchite n'arrive ordinairement que dans le second ou le troisième septenaire de la blennorrhagie, si l'on supprime cette dernière avant cette époque, on empêchera, par cela même, le développement de l'orchite. A cela, il y a d'abord à objecter qu'on peut mettre en question de savoir si les injections arrêtent plus promptement que les autres moyens la marche de la blennorrhagie; mais, en admettant même comme vrai ce fait contestable, il ne s'ensuivrait nullement la fréquence moindre de l'orchite; seulement, dans ces cas, l'orchite se développerait plus tôt. En effet, si l'orchite se développe dans la seconde, ou troisième, ou quatrième semaine, c'est parce qu'à cette époque l'inflammation urétrale se calme; si celle-ci diminuait plus tôt, l'orchite arriverait plus tôt également; c'est ce qui deviendra évident dans un instant.

RAPPORTS DE L'ORCHITE AVEC L'ÉCOULEMENT. — NATURE DE LA MALADIE. — Tous les auteurs, ou à peu près, sont d'accord sur ce fait, que l'orchite ne vient que rarement aussitôt après le début de la blennorrhagie; malgré cette quasi-unanimité, il n'est pas inutile de soumettre encore le fait à un examen plus approfondi, parce qu'il ne me paraît pas qu'on puisse rejeter d'une manière absolue l'opinion de quelques auteurs qui, contrairement à Swédiaur et Hunter, lesquels voulaient que l'orchite arrivât surtout lorsque l'écoulement est sur le point de se terminer, soutiennent, à l'exemple de Bell, qu'elle se manifeste indifféremment à toutes les périodes.

Peut-être, malgré cette contradiction apparente, les partisans de Bell et ceux de Hunter ont-ils également raison dans la majorité des cas. Voyons d'abord les faits :

	NOMS DE MM. LES OBSERVATEURS.				
	Gaussail.	d'Espine.	Aubry.	Moi.	Totaux.
Orchites survenues pendant la 1re semaine de l'écoulement.	3	2	8	3	16
— — — 2e — —	4	6	17	7	34
— — — 3e — —	5	2	9	8	24
— — — 4e — —	16	2 (1)	15	6	39
— — — 5e — —	39	2	8	5	54
— — au delà de la 5e — —	6	15	43	8	72
TOTAUX.....	73	29	100	37	239

Au premier abord, ces chiffres, loin de donner raison à toutes les opinions, semblent, au contraire, les condamner toutes; mais en poussant plus loin les recherches, comme je l'ai fait, on trouve que, dans tous les cas moins un, dans lequel l'orchite s'est manifestée après la cinquième semaine, l'écoulement avait conservé son abondance, et les douleurs urétrales leur acuité pendant fort longtemps; tandis que les orchites qui se sont manifestées dans chacune des autres semaines ont toujours, moins trois fois, coïncidé avec des symptômes urétraux dont la période d'acuité avait eu une durée proportionnelle à l'époque où se manifestait l'orchite. Quant aux orchites qui se sont développées dans le premier septenaire, je remarquerai d'abord que les symptômes urétraux avaient été fort légers, et, de plus, que l'incubation avait été très-longue. Je me contente de signaler cette dernière coïncidence; avec trois faits, on ne peut guère faire autre chose, lorsqu'on veut se maintenir dans les bornes de la prudence (2). Ainsi se concilient, je crois, les opinions de Bell et de Swédiaur; Bell a eu raison, à peu de chose près, en ne considérant que le *nombre de jours* ou de semaines; Swédiaur et Hunter ont eu raison en ne considérant que la *marche* de l'écoulement. Ainsi se justifie ce que j'ai dit touchant l'influence diverse qu'on a attribuée aux injections antiblennorrhagiques.

INFLUENCE DE L'ORCHITE SUR L'ABONDANCE DE L'ÉCOULEMENT. — Avant d'aborder cette question importante, il convient d'abord de la poser d'une manière parfaitement précise. Eh bien! je dois l'avouer franchement, et ce reproche pourra paraître étrange de ma part, M. d'Espine me paraît l'avoir beaucoup obscurci par ses divisions et subdivisions, dont quelques-unes sont difficiles à saisir, et, je crois, inutiles. Je préfère donc, à l'exemple de MM. Gaussail et Aubry, la réduire aux quatre termes suivants : 1° au début de l'orchite (et par début, je ne demande qu'une approximation de douze et même de vingt-quatre heures; on verra bientôt pourquoi), l'écoulement a-t-il été *supprimé?* — 2° a-t-il été brusquement *diminué d'une quantité* NOTABLEMENT *plus grande que s'il avait poursuivi sa marche naturelle?* — 3° est-il resté *stationnaire*, ou bien a-t-il suivi une *marche graduellement décroissante déjà commencée?* — 4° enfin, a-t-il *augmenté?* Je dis d'abord que ces termes suffisent pour poser d'une manière nette la question; et je dis de plus qu'il n'est pas permis, en lisant le mémoire de M. Gaussail, de croire que ses faits ne soient pas propres à répondre à ces diverses interpellations; quant à ceux de M. Aubry, je sais positivement qu'ils méritent toute confiance. Or, en groupant, d'après ce point de vue, ces observations des deux auteurs que je viens de citer et les miennes, voici les résultats auxquels on est conduit :

	Gaussail.	Aubry.	Moi.	Totaux.
Cas où l'écoulement a diminué brusquement au début de l'orchite.	67	58	36	161
Cas où l'écoulement a été supprimé.....	4	4	1	9
Cas où l'écoulement a augmenté.....	0	2	0	2
Cas où l'écoulement est resté stationnaire.....	2	13	0	15
TOTAUX.....	73	77	37	187

(1) L'arrangement des trois chiffres compris dans l'accolade est approximatif, parce que MM. d'Espine ayant disposé ses chiffres autrement que par semaine à partir du 2e septenaire, on ne peut comparer exactement ses chiffres à ceux des autres observateurs. Du reste, comme ils sont très-peu élevés, ils ne peuvent guère troubler les résultats, sans quoi je les aurais supprimés.

(2) Si je ne conclus pas, je puis au moins faire remarquer par anticipation que ce fait serait assez

Ainsi, sur 187 cas, il y en a 161 dans lesquels l'écoulement a *diminué d'une manière brusque* au moment où l'orchite s'est développée, et il y en a 9 dans lesquels il a été *entièrement supprimé;* parmi les 15 qui sont restés stationnaires, et dont 13 appartiennent à M. Aubry, cet ingénieux observateur fait remarquer avec raison que tous étaient relatifs à des sujets qui étaient atteints de blennorrhées déjà anciennes et peu abondantes. Or, on comprend très-bien que dans les cas de cette nature, où les quelques gouttes d'hypersécrétion séro-muqueuse, dépendent moins d'un mouvement fluxionnaire que d'une modification locale imprimée à la structure et, en quelque sorte, aux fonctions des tissus malades, on comprend, dis-je, qu'alors l'influence de l'orchite puisse être nulle ou à peu près; il doit même en être ainsi, si la nature de cette maladie est telle que les raisons les mieux fondées tendent à le faire admettre. Il est impossible, d'après ces résultats, de ne pas voir que l'influence de l'orchite sur l'abondance de l'écoulement est des mieux établies; il est impossible d'invoquer, comme est porté à le faire M. Marc d'Espine, des coïncidences pour expliquer la diminution et la suppression de l'écoulement, et cela pour une excellente raison, c'est que *jamais* ces diminutions brusques ou ces suppressions (1) (ces dernières surtout) n'ont lieu que sous l'influence d'un traitement actif ou du développement d'une seconde affection, orchite, arthrite, ophtalmie, etc. Quant au retour de l'écoulement lors de l'amélioration des symptômes de l'orchite, c'est là un fait beaucoup moins général, ou plutôt assez rare; dans mes 37 cas, il n'a eu lieu que 6 fois, tantôt avant, tantôt après la période d'amélioration de l'orchite; mais dans aucun cas l'écoulement n'est revenu avec son intensité première, et dans tous il y a eu une durée très-courte à partir du développement de l'orchite.

Lorsqu'on parle des rapports de l'orchite avec l'écoulement, on suppose nécessairement que l'écoulement existe; cependant il n'en est pas toujours ainsi : on trouve dans le mémoire de M. Aubry 4 cas dans lesquels l'orchite s'est manifestée lorsque déjà la blennorrhagie avait entièrement cessé, et cessé depuis un temps qui variait entre 5 jours et 3 mois. A la vérité, M. Aubry répugne à admettre que ces malades ne se soient pas trompés; mais comme il assure d'un autre côté qu'il a pris toutes les précautions possibles pour les interroger, je ne saurais partager sa répugnance, et j'aime mieux me rendre à l'évidence de ses observations, d'autant mieux que j'ai moi-même observé deux cas semblables dans lesquels l'écoulement était *supprimé* depuis 10 et 21 jours. J'ai même observé un autre cas qui serait beaucoup plus intéressant s'il avait pu être bien constaté, mais que je ne donne que pour ce qu'il vaut, attendu que je n'ai pu voir le malade qu'une seule fois d'une manière trop incomplète pour acquérir une entière certitude sur ce qu'il disait. Ce malade était affecté d'une orchite déjà en voie d'amélioration, et d'un écoulement médiocrement abondant; il assurait que l'orchite s'était développée la première, une huitaine de jours après un coït avec une femme publique, et que l'écoulement n'avait apparu que 5 jours plus tard. On comprend facilement toute l'importance de ce fait, et je le donne pour attirer l'attention des observateurs sur lui, et pour qu'ils ne négligent pas l'occasion d'en vérifier l'exactitude.

NATURE DE L'ORCHITE. — Nous arrivons au point le plus délicat de l'histoire de l'orchite, point sur lequel on me permettra d'insister un peu plus que mes prédécesseurs, qui l'ont traité avec beaucoup trop de négligence, soit qu'ils aient jugé la question insoluble, soit, et cela me paraît plus probable, qu'ils n'en aient pas entrevu la véritable portée. Afin de ne pas m'engager dans une discussion trop longue sur la nature des maladies, discussion que je

en rapport avec cette loi que je cherche à vérifier en ce moment, c'est que les symptômes primitifs locaux qui se manifestent sur l'endroit où le virus a été directement appliqué sont d'autant moins prononcés que la période d'incubation a été plus longue.

(1) Je n'ai pas pu étudier, comme on le comprend bien, les diminutions de l'écoulement sur tous mes cas d'orchite, dont la grande majorité ont été pris à la consultation; mais il n'en a pas été de même des suppressions, qui ne demandent qu'un instant pour être constatées; j'ai donc pu établir que ces dernières étaient au nombre de 17, ce qui fait, sur un nombre de 265 blennorrhagies, environ $\frac{1}{16}$, rapport qui ne s'éloigne pas beaucoup de celui qu'on obtient des chiffres donnés ci-dessus, et qui est à peu près de $\frac{1}{20}$. Ces résultats, qui ont toute l'autorité de la démonstration, suffisent pour faire rejeter ceux de M. Marc d'Espine; car si ces derniers étaient vrais, il en résulterait que les *suppressions* seraient plus fréquentes que les *diminutions*.

suis loin de regarder comme inutile, mais qui m'écarterait trop de mon sujet, je dirai tout de suite que je ne rechercherai point, pour la solution de la question en litige, quels sont les mouvements moléculaires qui se produisent dans nos tissus pour produire l'orchite, mais que j'essaierai tout simplement d'apprécier si l'inflammation blennorrhagique est un engorgement purement local tel que celui qui résulterait d'une contusion ou du prolongement d'une irritation déterminée dans l'urètre par une sonde, un caustique, etc.; ou bien si, au contraire, cette inflammation est due à une cause plus générale, et, dans ce cas, quelle est cette cause, quel est son mode d'action.

1° *L'orchite se fait-elle par succession de l'inflammation?* A cette question, une grande partie des syphiliographes répondent par l'affirmative, et ils puisent leurs preuves dans l'engorgement du cordon qui précède ou accompagne l'engorgement testiculaire, dans l'époque à laquelle survient l'orchite, et qui est celle où l'on suppose que l'inflammation a gagné la partie postérieure du canal, et enfin dans ce fait qu'une irritation mécanique de l'urètre détermine de la même manière que la blennorrhagie la phlegmasie du testicule.

De ces trois arguments, l'un repose sur un fait absolument faux, l'autre sur une hypothèse, et le troisième sur des conditions anatomiques fausses en partie, et qui ont besoin d'être expliquées en ce qu'elles ont de vrai. Premièrement, il est absolument faux de dire que l'orchite se développe aussi souvent à la suite d'irritations mécaniques ou même spontanées de l'urètre qu'à la suite de la blennorrhagie; je ne demande à tout médecin qu'une visite dans tous nos grands hôpitaux et spécialement dans les hôpitaux de vieillards, pour qu'il puisse se convaincre du contraire. J'ai vu dans ces hôpitaux des catarrhes de la vessie, j'ai vu des rétrécissements, des ulcérations de l'urètre, des fistules urinaires, des maladies de la prostate; mais des orchites, point; j'ai vu sonder, tailler, lithotritier des malades, et ces malades n'ont point été affectés d'orchite; je ne dis pas que cet accident n'arrive quelquefois, je dis qu'il est excessivement rare en comparaison de ce qui se passe dans la blennorrhagie. Que les hommes impartiaux qui auraient des doutes veuillent bien les éclaircir; rien n'est plus facile et plus prompt.

Est-il vrai que l'orchite ne se déclare qu'à l'époque où l'inflammation s'est propagée à la partie postérieure du canal? Avant de répondre à une pareille hypothèse, il faudrait savoir sur quoi elle s'appuie; or, pour ma part, je crois qu'elle ne s'appuie sur rien; elle ne s'appuie pas sur les symptômes, car la douleur et l'engorgement urétral, quand il existe, n'attendent certainement pas plusieurs semaines pour envahir toute l'étendue du canal; que de fois même ne l'envahissent-ils pas de prime abord! Que de fois la prostate elle-même n'est-elle pas affectée sans qu'il survienne une orchite! L'hypothèse ne s'appuie pas davantage sur l'anatomie pathologique, car je ne sache pas qu'il existe de travail à ce sujet, et je ne conçois même guère comment on s'y prendrait pour en faire un. L'hypothèse est donc sans fondement, et lors même qu'elle serait fondée, il resterait toujours à expliquer pourquoi l'inflammation de la partie postérieure de l'urètre progresse vers le testicule seulement dans la blennorrhagie, et non dans les maladies d'une autre nature.

Mais, dira-t-on, la preuve que l'inflammation marche par progression, c'est qu'on trouve les vésicules séminales engorgées, le canal déférent engorgé, l'épididyme engorgé, puis enfin le testicule engorgé. A cela, je réponds par la remarque que je viens de faire immédiatement, car je ne tiens pas absolument à ce que l'inflammation ne se propage pas par succession; mais je me demande, et je répète pourquoi cela n'a-t-il lieu que dans l'inflammation blennorrhagique? d'ailleurs, pour être exact, il faut bien reconnaître que la succession n'a pas toujours lieu, puisqu'on rencontre dans tous les auteurs, dans ceux qui ont compté comme dans ceux qui n'ont pas compté, des cas dans lesquels le cordon spermatique reste parfaitement sain. A moins qu'on ne veuille, à l'exemple de certains médecins aussi prodigues d'assertions qu'avares de preuves, admettre une inflammation sans symptômes de la membrane muqueuse qui tapisse le susdit cordon!... C'est même cette absence de lésions dans le cordon qui a donné lieu à la théorie de la sympathie, si l'on peut donner le nom de théorie à des mots sans idées, selon

l'expression de M. Marc d'Espine. Sans idée n'est pas cependant absolument exact : le mot sympathie a réellement une signification ; seulement ceux qui l'emploient oublient trop souvent cette signification, et s'imaginent trop facilement avoir fait une théorie quand ils *constatent* par un mot la coïncidence de deux faits entre lesquels leur esprit ne trouve aucun lien, mais entre lesquels la fréquence de cette coïncidence indique une relation quelconque. Ainsi dire avec Hunter, car Hunter n'a pas eu en cette circonstance la sagesse dont le gratifie trop généreusement M. Marc d'Espine, dire avec Hunter que l'orchite est une maladie sympathique, c'est dire sans rien de plus que la blennorrhagie et l'orchite coïncident souvent, mais qu'on ne sait pas pourquoi. Je conclus donc, pour revenir au troisième argument, que l'orchite n'a pas toujours lieu par l'irritation progressive de l'inflammation, et que, dans les cas où il en est ainsi, il s'agit encore de savoir pourquoi il n'en est ainsi que dans la gonorrhée.

L'orchite est-elle le résultat d'une métastase? — Il est difficile de s'expliquer qu'on puisse aborder une question de cette portée, sans en approfondir davantage les éléments que ne l'ont fait tous ceux qui, jusqu'à ce jour, se la sont posée. Presque tous leurs arguments se résument en celui-ci : si l'orchite était due à une métastase, l'écoulement devrait toujours être supprimé ; or, il ne l'est que rarement ; donc, etc. A part la fausse idée que ceux qui raisonnent ainsi se font de la métastase en général, idée qui, du reste, est partagée par la plupart, sinon par tous les médecins, on ne voit véritablement aucun rapport entre l'existence d'une métastase et la nécessité de la suppression de l'écoulement. Qu'est-ce donc que l'écoulement? C'est, n'est-il pas vrai, une matière produite par une sécrétion anormale ? Eh bien ! j'admets qu'une partie, que la totalité même de cette sécrétion soit, pendant un instant, pendant plusieurs heures, pendant plusieurs jours, absorbée et transportée dans le testicule : d'où en résulte-t-il la nécessité, ou plutôt, disons mieux, la possibilité que cette sécrétion soit suspendue, ou que l'absorption de son produit soit incessamment continuée ? Évidemment ceux qui ont cru cette nécessité n'ont pas approfondi suffisamment leur sujet, et la persistance de l'écoulement ne prouve rien ni pour ni contre la métastase comprise de la manière que j'ai indiquée ; je dis même que rationnellement, cette métastase étant admise, l'écoulement devrait persister sans interruption, ou se reproduire quelque temps après avoir été supprimé. Mais je n'insisterai pas davantage, parce que, je le répète, c'est là une mauvaise manière de comprendre la métastase. M. le professeur P. H. Bérard (voy. art. *Pus* du dictionnaire en 25 vol.) a montré, sinon l'impossibilité aussi absolue qu'il la croit, au moins l'extrême difficulté des résorptions de pus renfermé dans des cavités closes de toute part ; que sera-ce donc lorsque le pus aura la facilité de s'écouler à mesure qu'il sera sécrété, comme cela se rencontre dans la blennorrhagie urétrale ? Et puis si c'était le pus qui fût absorbé, ce serait lui qu'on trouverait dans le testicule, et ce n'est pas, dans l'immense majorité des cas, du pus qu'on y trouve. Ce n'est donc pas le muco-pus blennorrhagique qui est pris à la surface de l'urètre et déposé dans le testicule, et, en ce sens, l'orchite n'est pas, ne peut pas être le résultat d'une métastase. Mais est-ce là la seule manière ou plutôt la manière logique de concevoir ce phénomène ? Je ne le pense pas. S'il en était ainsi, les métastases seraient fort rares, et chacun sait que dans plusieurs maladies elles sont assez fréquentes ; qui n'admet, et qui n'a vu des métastases rhumatismales, goutteuses, scarlatineuses, morbileuses, etc.? et cependant, dans aucune de ces maladies, il n'y a de pus ni d'autre substance matériellement appréciable à transporter ; mais dans ces maladies, il y a un principe particulier qui, pour n'être pas tangible ou pondérable, n'en est pas moins évident par ses effets aux yeux de la raison ; et c'est ce principe qui, concentrant son action sur tel ou tel organe, produit une maladie spéciale de cet organe, et qui ensuite, par des mouvements intérieurs et sous des influences qui nous sont encore inconnus, abandonne son premier centre d'action pour en choisir un second plus ou moins éloigné, et ainsi de suite. Mais à quelle époque ces brusques migrations s'accomplissent-elles? Est-ce pendant que le principe morbide sévit avec violence sur un organe quelconque? Du tout, c'est quand son action sur cet organe faiblit, quand elle y a eu quelque

sorte épuisé son énergie locale; c'est tout cela qui se passe dans la blennorrhagie; dans cette affection, il y a un principe morbide qui, pendant la période d'incubation, infecte tout l'organisme, et qui, à la fin de cette période, fait son invasion dans l'urètre, où il concentre pendant plus ou moins longtemps et plus ou moins violemment son action. Pendant ce temps, la métastase doit être très-rare, elle l'est en effet; mais lorsque l'impression locale s'affaiblit, le malade se trouve dans les conditions les plus propres au déplacement du centre d'action du principe morbide, et souvent alors aussi ce déplacement s'effectue : il se manifeste une prostatite, une néphrite, une arthrite, une ophtalmie, beaucoup plus souvent encore une orchite. Pourquoi une orchite? Voilà la véritable sympathie; pourquoi le cœur dans le rhumatisme? pourquoi le cerveau dans la scarlatine?... L'affinité, pour certains organes particuliers, de tous les principes morbides qui envahissent l'économie tout entière, nous est et nous sera probablement toujours aussi inconnue que celle qui existe entre certains éléments chimiques; mais ce n'est pas une raison pour la méconnaître. Tel est le véritable point de vue duquel il faut envisager les métastases en général, et la métastase blennorrhagique en particulier. Si l'on entend par métastase le transport du *produit* de l'*effet* morbide, l'orchite n'est pas due à la métastase; mais si, au lieu de considérer l'*effet*, on considère la *cause*, on est irrésistiblement conduit à admettre que cette cause, que son centre d'action au moins, se déplace, et que, par conséquent, l'orchite est bien réellement le résultat d'un déplacement métastatique. Quand on se place à ce point de vue, on s'explique facilement pourquoi ces blennorrhées très-anciennes ne doivent éprouver que peu ou point de changement lors du développement de l'orchite, parce qu'elles sont elles-mêmes moins sous la dépendance du principe spécial, que sous celle des modifications anatomiques que ce principe a produites dans les tissus. — Ce n'est qu'en se plaçant à ce même point de vue que l'on peut s'expliquer ces orchites qui se manifestent longtemps après que tout symptôme blennorrhagique local a cessé, cas qui embarrassent tellement ceux qui ne comprennent pas l'infection de l'économie par un principe spécial, qu'ils aiment mieux les rejeter après les avoir rigoureusement observées, que de renoncer à leur fausse et étroite doctrine.

Ces idées pourront paraître quelque peu étranges, peut être même peu intelligibles, à ceux qui, grâce aux résultats de l'inoculation, assimilent sans difficulté la blennorrhagie à la maladie produite par l'action d'un caustique sur la muqueuse urétrale; mais, Dieu merci, je ne suis pas de ceux qui, selon l'expression de mon savant collaborateur, placent toute leur science à la pointe d'une lancette; et quand cet instrument reste muet, ou nous conduit à l'erreur, je sais interroger d'autres oracles plus fidèles, quoique d'un abord plus difficile.

SYMPTÔMES, MARCHES, DURÉE, TERMINAISONS, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DE L'ORCHITE. — *Symptômes locaux.* — Dans le plus grand nombre de circonstances l'orchite est annoncée par une douleur siégeant dans l'aine du côté qui doit être affecté; cette douleur s'irradie quelquefois vers l'épine iliaque antéro-supérieure, et se fait bientôt sentir dans le testicule, soit en passant, soit en ne passant pas par l'intermédiaire du canal déférent. Pour constater le début de la douleur dans l'aine, il faut interroger les malades avec assez de soin, parce que cette douleur, étant généralement peu considérable, la plupart la négligent et ne croient réellement être malades que du moment où elle a envahi le testicule où elle se fait toujours le plus vivement sentir. L'intensité qu'elle y acquiert est, du reste, extrêmement variable; bornée quelquefois à une simple sensation de pesanteur, elle consiste, le plus ordinairement, dans des élancements assez vifs, qui, dans des cas rares, acquièrent un tel degré de violence, que les malades sont dans une grande agitation, ne peuvent avoir un instant de sommeil, et poussent même des gémissements. C'est surtout dans ces derniers cas que la douleur se fait sentir vers l'épine iliaque, et même dans toute la région lombo-abdominale, dans les reins, dans la longueur du membre malade. Les moindres froissements, le seul poids du testicule dans la station, la marche et surtout les secousses résultant d'un faux pas, l'exaspèrent singulièrement et la font retentir dans le rein correspondant, quelquefois dans les deux. Il est difficile, dans la période aiguë, d'assigner un siége spécial

à cette douleur : de quelque côté que l'on touche la bourse malade, et quelquefois celle du côté opposé, même avec l'extrémité d'un doigt, on l'augmente considérablement; lorsque l'acuité est un peu calmée et que le malade peut supporter une compression légère, il est facile de s'assurer que c'est surtout dans le testicule et dans l'épididyme que la sensibilité est exaltée, quelquefois plus sur l'un que sur l'autre, plus souvent à un degré à peu près égal dans les deux; ce n'est que dans des cas beaucoup plus rares que la douleur se concentre spécialement dans le cordon, et alors toujours, d'après ce que j'ai vu, dans la partie inférieure; si la douleur est quelquefois très-aiguë, elle ne conserve jamais longtemps un pareil caractère. Arrivée au summum d'intensité vers le troisième, le quatrième ou le cinquième jour, elle se calme ordinairement après avoir persisté à ce degré pendant vingt-quatre heures, et devient supportable après quarante-huit; une fois qu'elle est ainsi modérée, elle décroît beaucoup plus lentement et exige encore un à deux septenaires, c'est-à-dire trois septenaires en tout, pour disparaître complétement.

La tuméfaction suit, dans sa période ascendante, une marche fort analogue à celle de la douleur : débutant tantôt par le cordon, tantôt par l'épididyme ou le testicule, et le plus souvent par un point qu'il est impossible de déterminer, parce qu'on n'est habituellement appelé à voir les malades que lorsque plusieurs parties sont déjà affectées, elle s'accroît promptement et arrive en 3, 4 ou 5 jours à son développement extrême. L'invasion du gonflement, dans tous les points qui doivent être affectés, se fait si promptement, qu'il est difficile de croire que certains auteurs aient pu suivre du doigt, aussi souvent qu'ils le disent, sa marche progressive; il est à présumer qu'ils ont, dans bon nombre de cas, suppléé par la pensée à la constatation physique du fait. C'est déjà beaucoup, et cela n'est pas fréquent, quand on peut sentir que la partie supérieure du cordon est tuméfiée pendant que le testicule est encore sain. Le degré de tuméfaction est variable et, sauf de rares exceptions, en rapport direct avec l'intensité de la douleur. Dans son minimum, elle acquiert le volume d'un petit œuf de poule; dans son maximum, celui du poing du sujet; ce dernier volume est rare. Les parties qui concourent à la former sont, ainsi qu'il a été dit à propos des caractères anatomiques, toutes celles qui forment les bourses, et c'est à cause de cette circonstance d'une part, à cause du transport du principe morbide ou de son centre d'action d'autre part, que la dénomination de *chaude-pisse tombée dans les bourses* serait réellement la meilleure, si elle ne choquait un peu la susceptibilité d'une oreille délicate. C'est par la même raison que le mot *testicule*, pouvant à la rigueur servir d'équivalent au mot *bourse*, abstraction faite toutefois du scrotum et du tissu cellulaire, la dénomination d'*orchite* est, après la précédente, celle qu'il faut préférer. Dans les deux ou trois jours qui suivent le début de l'orchite, la tumeur ne forme qu'une masse homogène d'une dureté à peu près égale partout; le scrotum du côté malade est tendu, luisant, adhérent aux parties sous-jacentes, et d'une rougeur dont le maximum d'intensité est à la face externe du testicule affecté, d'où elle se prolonge en mourant jusque sur le testicule sain. A cette époque, on ne peut pas constater le siége précis de la tuméfaction, d'autant plus que le toucher est extrêmement douloureux; mais, dans l'espace de deux ou trois jours, la masse, en diminuant un peu, se sépare en deux parties, dont l'une, antéro-inférieure, est le testicule, et l'autre, postéro-supérieure, est l'épididyme, qui coiffe le premier dans une étendue plus ou moins grande; le testicule est, en général, peu augmenté de volume, mais il a perdu cette molle rénitence qui le caractérise; le gonflement de l'épididyme est, au contraire, beaucoup plus prononcé, puisque cet organe égale alors en volume le testicule lui-même. C'est là la raison qui a fait donner à l'orchite la dénomination mauvaise d'*épididymite*, puisqu'on semble exclure, en précisant ainsi, la participation des autres parties à la maladie; erreur qu'on évite en se servant du mot plus général que j'ai adopté. Quelquefois on peut, à l'époque dont il s'agit, sentir la fluctuation, et s'assurer par là de l'existence d'un liquide dans la tunique vaginale; quelquefois même ce liquide est assez abondant pour produire le phénomène de la transparence. Si l'on n'avait pas insisté dans tous les ouvrages sur les difficultés de constater la fluctuation dans le testicule, ce

serait ici le cas; mais je puis me contenter de les rappeler et de dire que ceux qui les ont signalées n'ont rien exagéré. La première chose qui revient à l'état normal, c'est la rénitence du testicule, qui reparaît à peu près vers le cinquième ou le sixième jour; la résolution la suit de près; mais elle marche beaucoup plus lentement, et n'est complète, dans le plus grand nombre des cas, que du dixième au vingtième jour; assez souvent elle se prolonge beaucoup plus longtemps. La résolution du cordon succède à celle du testicule, et enfin après celle-ci vient celle de l'épididyme, qui a lieu la dernière, après un temps beaucoup plus long; mais la résolution de l'épididyme diffère de celle des autres organes non-seulement par la lenteur excessive, mais encore par sa marche. Dans le testicule et dans le cordon, la résolution est progressivement régulière comme dans un léger phlegmon non suppuré; dans l'épididyme, au contraire, cette résolution marche assez promptement pendant les premiers jours, et se fait surtout à la partie antérieure de l'organe; lorsqu'elle a réduit la tumeur environ de moitié, elle se ralentit considérablement, et permet de sentir à la partie postéro-inférieure de l'épididyme un noyau de consistance pierreuse dont on observe rarement la disparition complète, même lorsqu'on peut suivre les malades pendant trois ou quatre mois. Ce sont, je pense, ces noyaux qui ont fait dire aux auteurs que l'engorgement blennorrhagique persistait assez souvent toute la vie. Il est certain que l'extrême lenteur avec laquelle ils se résolvent semble autoriser une pareille opinion; cependant, je ne sache pas que personne en ait constaté rigoureusement l'exactitude. J'ai dit que ces noyaux se forment le plus souvent à la partie postérieure, mais ils peuvent se former aussi à la partie antérieure et moyenne, et ils peuvent même se former dans le testicule; ordinairement uniques, ils sont quelquefois multiples; ils ne provoquent aucune douleur spontanée, et ne sont guère plus sensibles à la pression que le reste de l'organe, quelquefois ils le sont moins. Les plus petits sont du volume d'un pois; les plus gros que j'aie vus ne dépassaient pas le volume d'une noisette. C'est une chose bien remarquable que la rapidité avec laquelle ces noyaux se forment, comparée à la lenteur avec laquelle ils se dissipent; je les ai vus dans des cas d'orchites développées sous mes yeux, et dont le gonflement était peu prononcé, acquérir en six ou huit jours cette consistance pierreuse qui les caractérise.

Lorsqu'il s'est fait un épanchement dans la tunique vaginale, le liquide est résorbé habituellement pendant que s'opère la résolution des autres parois; rarement il persiste ou augmente, comme il sera dit plus loin.

Je n'ai pas parlé de l'état de la peau et du tissu cellulaire parce que les parties étant affectées d'une manière tout à fait accessoire, leur état ne présente, en général, rien qui doive attirer spécialement l'attention du médecin; cependant on les a vues, dans des circonstances fort rares, devenir le siége d'abcès. On a même parlé de gangrènes du scrotum; mais cet accident est si rare, qu'il est bien probable que lorsqu'il s'est manifesté, il était dû à des complications qu'on a oublié de mentionner.

Les douleurs et le gonflement ne semblent pas être les mêmes en durée et en intensité dans toutes les orchites, abstraction faite des différences qui tiennent à l'individu. Ainsi, M. Marc d'Espine a trouvé sur un nombre de cas qui, à la vérité, est insuffisant pour établir une règle définitive, que la douleur a une durée moyenne de 12 à 13 jours pour les orchites doubles, de 21 à 22 pour les gauches, et de 24 à 25 pour les droites; il a trouvé par opposition que le gonflement avait une durée plus grande dans les doubles que dans les simples. Mes observations ne m'ont pas montré de différence assez grande pour être notée entre les orchites des deux côtés; mais j'ai cru trouver des différences non aperçues encore en établissant quelques distinctions qui me semblent nécessaires pour bien apprécier la marche des orchites; ainsi, en divisant en deux séries celles qui se sont manifestées dans les trois premières semaines d'une part, et celles qui se sont manifestées plus tard, on trouve pour la douleur une différence de 6 jours en faveur des dernières, et pour le gonflement une différence de 4 jours dans le même sens. Ce fait serait susceptible de recevoir plus d'une interprétation; mais j'aime mieux le donner sans commentaires. Quant aux orchites doubles, leur nombre est trop limité pour que j'en puisse rien

conclure de précis ; je dirai seulement que, dans celles que j'ai vues, la durée de la douleur, ainsi que celle du gonflement, a été plus courte que dans les orchites simples; mais il faut, si l'on veut obtenir des résultats comparables, s'entendre sur la manière d'apprécier cette durée. Dans les orchites *doubles d'emblée*, il n'y a pas deux manières de déterminer la durée de la maladie ; mais dans celles qui se développent *successivement*, il n'en est plus de même. Si l'on prend pour durée *de la maladie* la durée totale des deux orchites, on pourra trouver que les orchites doubles durent autant ou même plus que les simples; mais si l'on procède différemment, on trouvera, je crois, le contraire. Lorsque, dans une orchite double *successive*, le second testicule se prend peu de temps après le premier, l'affection de celui-ci est de courte durée; lorsqu'il ne se prend qu'à la fin, le contraire arrive.

L'état de la sécrétion spermatique n'a été étudié que très-imparfaitement pendant la durée de l'orchite ; M. Lagneau a cité un fait dans lequel un malade, affecté d'un gonflement du testicule datant déjà de deux mois, avait eu une pollution mêlée de stries de sang pendant un rêve érotique. D'après les réponses que j'ai obtenues de ceux de mes malades sur lesquels je pouvais le plus compter, la fonction sexuelle ne serait que bien peu modifiée, au moins une fois que la période aiguë de l'orchite est passée.

Symptômes généraux et sympathiques. — La fièvre qui accompagne souvent l'orchite à son début est un type de fièvre symptomatique ou sympathique, c'est-à-dire qu'elle est entièrement sous la dépendance de l'état local, et qu'elle ne peut s'expliquer que par ce *concensus*, cette solidarité réciproque, qui existe entre toutes les fonctions. Cette fièvre est, en général, peu prononcée dans l'orchite; elle n'a lieu que dans la période d'accroissement, et seulement dans les cas où les symptômes locaux, dont elle suit les vicissitudes, offrent un certain degré d'intensité. M. Marc d'Espine, sur 24 cas d'orchite, en a trouvé 17 dans lesquels la fièvre avait existé dès le début, et 2 dans lesquels elle s'est manifestée lors des rechutes, tandis qu'elle n'avait point eu lieu dans l'affection primitive. Je n'ai constaté de fièvre que chez 11 de mes 37 malades, résultat qui diffère notablement de celui du savant et consciencieux observateur que je viens de citer. Je crois que la plus grande cause de cette différence réside dans la manière dont nous avons apprécié les réponses des malades; car ce n'est guère que d'après leurs renseignements qu'on peut éclaircir une semblable question, puisqu'ils se présentent presque toujours à une époque où les phénomènes généraux ont déjà disparu, à supposer qu'ils aient existé. Or, comme l'intelligence des malades n'est pas toujours très-développée, j'exigeais, pour admettre l'existence de la fièvre, qu'il y eût eu l'inappétence et une chaleur prononcée de la peau. M. Marc d'Espine a cherché à déterminer la durée de cette fièvre, et l'a trouvée de 5 jours pour les gauches, de 3 1/2 pour les droites et de 2 pour les doubles. Ces chiffres, jusqu'à présent, prouvent seulement que la fièvre n'est, le plus souvent, qu'un phénomène accessoire dans la maladie qui nous occupe, mais rien de plus. On a encore placé dans les phénomènes sympathiques de l'orchite les douleurs des lombes et du membre inférieur correspondant au testicule malade, et enfin de la céphalalgie, des nausées et des vomissements : les douleurs des reins et des membres s'expliquent par les connexions nerveuses du testicule avec ces parties, et quelquefois par une véritable complication néphrétique ; et quand aux nausées, surtout aux vomissements, ce sont des phénomènes fort rares, et je n'ai pas encore eu l'occasion de les observer, bien que j'aie vu 4 cas d'orchite des plus violents. En revanche, j'ai observé un cas dans lequel le malade a été pris de symptômes typhoïdes, peu prononcés à la vérité, qui ont suivi la marche de la maladie locale. Je suis certainement bien loin d'admettre, malgré cette coïncidence, qu'il y eût une dépendance réelle entre les deux maladies; les affections à forme typhoïde légère sont assez fréquentes, de même que l'orchite, pour que toutes deux aient pu attaquer en même temps un sujet qui se trouvait dans les conditions favorables pour être atteint de l'une et de l'autre. Cependant, comme j'ai vu plusieurs autres cas de symptômes syphilitiques coïncidant avec un *état* ou une véritable fièvre typhoïde, j'ai pensé qu'il pourrait ne pas être inutile de joindre celui-ci à ceux que j'aurai occasion de publier plus tard.

ORCHITE BLENNORRHAGIQUE COÏNCIDANT AVEC DES SYMPTÔMES TYPHOÏDES (1).

Guss... Jean, âgé de 24 ans, cheveux châtain-foncé, yeux gris, peau assez blanche, système musculaire assez développé, entra à l'hôpital Beaujon, service de M. Louis, le 29 mars 1842.

Il n'avait jamais eu de maladie grave, ni d'autre affection syphilitique que celle dont il portait encore les suites. Celle-ci était une blennorrhagie qui se manifesta cinq semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital; trois semaines après son début, c'est-à-dire il y a quinze jours, les douleurs de l'urètre étant alors presque complétement dissipées, et l'écoulement moindre d'environ un tiers, celui-ci diminua brusquement, et, à peu près en même temps, le testicule droit devint gros et douloureux; le gonflement et la douleur, légers d'abord, augmentèrent peu à peu et s'accompagnèrent de malaise général, puis de céphalalgie, de mal à la gorge, de diminution de l'appétit, de toux, de frissons et enfin de chaleur à la peau, principalement la nuit. Tous ces symptômes ayant augmenté d'intensité, le malade se mit au lit huit jours après leur début; depuis qu'il s'est mis au lit, de la dureté de l'ouïe, des étourdissements, du dévoiement, qui s'est bientôt changé en constipation, quatre ou cinq épistaxis légères sont venus se joindre aux autres symptômes, qui se sont eux-mêmes aggravés, à l'exception de la toux, qui a disparu presque aussitôt que le malade a pris le lit. Aucun traitement n'a été fait. Le malade est venu en voiture, quoique son domicile soit peu éloigné de l'hôpital.

A la visite du matin, le malade se trouve dans l'état suivant : faciès légèrement hébété, pupilles mobiles, régulières, occupant un peu plus du tiers du diamètre de la cornée, langue sèche, roussâtre, inappétence, ni nausées ni vomissement, pas de céphalalgie depuis la dernière épistaxis, dureté prononcée de l'ouïe, peu de bourdonnements, titubation assez marquée, râle sonore sans toux dans la moitié inférieure de la poitrine des deux côtés, sonoréité bonne partout, vingt respirations, pouls fort assez dur à 80, 85, peau sèche, médiocrement chaude.

Abdomen de forme normale, un peu tendu dans sa partie inférieure, point sensible à la pression; point de gargouillement iléo-cœcal; pas de selles depuis trois jours; rate ne dépassant pas les fausses côtes; aucune tache lenticulaire sur le ventre ni ailleurs; peu de soif, appétit nul; peu de sommeil, troublé par quelques rêvasseries.

Douleurs médiocrement vives dans le testicule droit et dans l'aine du même côté; ce testicule offre un volume à peu près double de celui du côté opposé; la peau qui le recouvre est rouge à sa partie externe, et non roulante sur les tissus sous-jacents; l'épididyme peut être distingué du testicule à une ligne circulaire qui divise la tumeur en deux parties presque d'égal volume, l'une inférieure et antérieure, l'autre supérieure et postérieure; l'inférieure, qui représente le testicule, est dure et sans résistance; la tumeur, dans son ensemble, offre une forte dépression (1) à son côté externe, laquelle est produite par la pression du testicule sur la cuisse; on ne sent pas de fluctuation. Le cordon a le volume d'une sonde ordinaire; il est peu douloureux à la pression. — Une goutte de liquide séro-muqueux sort du méat; à peine de sensation douloureuse dans le canal de l'urètre; aucune sensation dans la région périnéale; le doigt introduit dans le rectum ne sent aucune tumeur. — Limon., deux pots; eau de Sedl., un verre toutes les demi-heures, jusqu'à évacuation; cat. laud. sur la tumeur; diète.

31. — Le lendemain, le malade va mieux; il n'a pas dormi la nuit, mais il a été calme; huit selles depuis 24 heures; pouls à 72; la rougeur de la peau des bourses a un peu diminué; les autres symptômes sont à peu près les mêmes, il n'y en a pas de nouveaux. — Limon. acidulée avec suc de citron; quinze sangs. et cat. sur le scrot.; diète.

1er mars. — Il y a eu une épistaxis de 8 onces environ cette nuit; néanmoins il y a eu un peu de bon sommeil; et l'état général est encore amélioré depuis hier; les douleurs du testicule sont moindres aussi; pas de selles; ni taches, ni météorisme, ni gonflement de la rate, ni gargouillement iléo-cœcal. — Même prescr., moins les sangsues.

A partir de ce jour, l'état du malade s'améliore rapidement, sans qu'il survienne aucun nouveau symtôme typhoïde, et il sort le 7 mars, ne conservant qu'un gonflement assez prononcé de l'épididyme, et un très-léger du testicule et du cordon. L'écoulement n'a pas reparu, mais il reste toujours une goutte séro-muqueuse au méat.

(1) Ce cas ne fait pas partie des 37 que j'ai déjà analysés en partie, parce qu'il a été recueilli dans un service de médecine où j'en ai laissé passer plusieurs autres qui n'offraient rien de particulier; c'était donc en quelque sorte un fait choisi, et j'ai dû l'écarter d'une statistique dans laquelle on ne doit jamais faire figurer que des faits observés, tels que le hasard nous les présente.

(1) Cette dépression se présente dans toutes les orchites qui ont un certain volume, et spécialement lorsque les malades gardent le décubitus dorsal sans avoir soin de soutenir leurs bourses, parce que dans cette position le testicule pèse de tout son poids sur la cuisse. Quand la tumeur est très-volumineuse, la dépression est double, et le testicule représente un coin à arête postérieure. Cette dépression n'existe qu'en l'absence de liquide dans la tunique vaginale.

Remarques. — Bien que l'état général ait suivi chez ce malade assez exactement l'état local, je suis loin, je le répète, d'affirmer que le premier fût sous la dépendance du second; cependant on a pu voir que la fièvre typhoïde, si l'affection qu'a présentée le malade en était réellement une, n'a présenté qu'un ensemble incomplet de caractères et que les plus essentiels, tels que les taches lenticulaires, le météorisme, le gonflement de la rate, etc., ont manqué, comme cela arrive ordinairement dans les *états typhoïdes* produits par une cause différente de celle qui détermine la vraie dothiénenterie. Quoi qu'il en soit de la nature de cette maladie, j'ai pensé que son histoire ne serait pas tout à fait dénuée d'intérêt, et c'est cette considération qui m'a surtout engagé à la rapporter.

Rechutes. — Dans l'immense majorité des cas, l'orchite, une fois qu'elle est développée, arrive plus ou moins promptement, mais presque toujours sans interruption, à sa terminaison; dans des cas rares, au contraire, la résolution est retardée par une ou plusieurs rechutes dont la cause est ordinairement l'exercice prématuré auquel se livre le malade, mais qui, dans des cas exceptionnels, peuvent se manifester pendant qu'il garde le repos au lit. Ces rechutes sont, en général, moins intenses que la maladie primitive, mais il peut arriver, ainsi qu'il résulte des recherches de M. Marc d'Espine, qu'elles le soient davantage, et qu'elles s'accompagnent de symptômes fébriles, pendant que la première maladie avait été apyrétique. Du reste, ces rechutes ne paraissent avoir aucune influence sur l'issue définitive de la maladie : elles se bornent à en prolonger la durée et à augmenter la somme des souffrances du malade.

Terminaisons. — D'après ce qui précède, on a déjà pu voir que la terminaison habituelle de l'orchite est la résolution. La plus fréquente après celle-là est le passage de la maladie à l'état chronique, ou la formation d'une hydrocèle, si toutefois ces affections peuvent s'appeler des terminaisons. Nous y reviendrons à propos de l'orchite chronique. La suppuration est une terminaison beaucoup plus rare, puisque je n'ai pas encore eu l'occasion de la voir une seule fois; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans les cas signalés par les auteurs, cette suppuration s'est presque toujours faite dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire dans les parties qui sont habituellement les moins affectées, laissant intactes celles qui le sont davantage; cependant le testicule et l'épididyme peuvent aussi suppurer, quoique j'aie déjà fait remarquer qu'on a probablement confondu souvent avec du pus ces épanchements de matière plastique que j'ai trouvée dans la seule inspection cadavérique qu'il m'ait été donné de faire. Quant à la gangrène, elle est encore plus rare que la suppuration, et il n'est pas permis, d'après les observations consignées dans les annales de la science, de s'assurer si une pareille terminaison est due ou non à des circonstances particulières.

(*La suite à un prochain numéro.*)

H. DE CASTELNAU.

OBSERVATIONS.

PEMPHIGUS CHRONIQUE, GÉNÉRAL; FORME RARE DE PEMPHIGUS FOLIACÉ; MORT; AUTOPSIE; ALTÉRATION DU FOIE.

L..., âgée de 47 ans, me fut adressée à l'hôpital Saint-Louis, le 27 août 1842, pour une éruption qui datait de plusieurs années, qui occupait toute la surface du corps, et dont la persistance avait gravement compromis la santé de cette malade.

La femme L... s'était toujours bien portée, lorsque, à l'âge de 20 ans, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire qui dura fort longtemps. Depuis, elle eut à deux reprises différentes la *jaunisse*, et, plus tard encore, un érysipèle gangréneux de la jambe.

La maladie actuelle existait déjà depuis quatre ans. Elle aurait débuté, suivant la malade, par un érysipèle de la face, qui s'étendit au sein, puis envahit successivement toute la surface du corps. Les plaques érysipélateuses auraient été alors, dès le début, le siége des élevures du pemphigus. Quoi qu'il en soit, pendant longtemps la face, le ventre, la partie

intense des cuisses, étaient incessamment le siége de larges soulèvements de l'épiderme irréguliers, renfermant une sérosité d'abord très-limpide, mais qui bientôt devenait rougeâtre. L'éruption se faisait le plus souvent sans douleur; les bulles, d'abord bien pleines, bien distendues, se crevaient, ou étaient déchirées par le moindre mouvement de la malade, et elles laissaient plus ou moins complétement à découvert une surface de moins en moins rouge, de moins en moins douloureuse. Tous les jours il s'en formait de nouvelles; peu à peu les éruptions se rapprochèrent, les bulles devinrent moins confluentes, elles se formèrent d'une manière moins nette, moins régulière; plus tard, enfin, elles constituaient à peine des soulèvements inégaux, mous, faisant saillir l'épiderme d'une manière presque insensible : le liquide s'écoulait avec difficulté et se desséchait sur place, pour former des espèces de croûtes qui, au bout d'un certain temps, formèrent comme une enveloppe générale d'un aspect tout à fait particulier. C'est dans cette position que la malade entra dans une salle, quatre ans, je le répète, après le début de l'affection. Elle était d'ailleurs dans l'état suivant :

Le visage, la poitrine et le ventre étaient couverts d'espèces de croûtes jaunes, bien différentes des croûtes épaisses et rugueuses de l'impetigo; la plupart, adhérentes seulement par un point et libres dans le reste de leur circonférence, offraient un aspect foliacé bien remarquable, et que l'on ne retrouve que dans le pemphigus arrivé à cet état. Elles formaient une sorte d'enveloppe continue dans laquelle on pouvait, avec un peu d'attention, reconnaître aisément la préexistence de bulles. Ainsi, la plupart, extrêmement minces, étaient évidemment bombées au centre, tandis qu'à la circonférence, tantôt assez fortement adhérentes, elles se recouvraient les unes les autres, tantôt excessivement ténues, elles présentaient des espèces de rides semblables à celles de la peau que l'on trouve froncée autour de chaque bulle. Du reste, de véritables bulles, intactes, caractéristiques, existaient aux cuisses et aux jambes; elles se reformèrent à plusieurs reprises pendant le court séjour que la malade fit à l'hôpital, et elles auraient dissipé jusqu'à l'ombre du doute, s'il avait pu en exister, sur la nature de la maladie.

La femme L... était d'ailleurs dans un état grave; généralement infiltrée, elle avait une diarrhée qu'on parvint à peine à modérer de temps en temps; elle répandait une odeur nauséabonde caractéristique, et, enfin, elle avait constamment un mouvement fébrile, qui augmentait le soir.

On borna le traitement à l'emploi de quelques émollients d'abord, de quelques toniques légers (du café de gland), à l'usage des opiacés, à une diète douce et légèrement substantielle. Mais les accidents augmentèrent, et la malade succomba 25 jours après son entrée.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort.

Le cœur et les poumons étaient sains; il y avait un peu de sérosité dans les plèvres et dans le péricarde.

Un liquide transparent était épanché en assez grande quantité dans la cavité péritonéale. L'estomac renfermait une matière assez épaisse, abondante. Du reste, à partir du pharynx, la membrane muqueuse des voies digestives était saine dans toute son étendue. La coloration de la muqueuse intestinale était cependant légèrement grisâtre; mais nulle part il n'y avait traces de bulles; on ne trouvait ni ulcérations ni excoriations dans aucun point du tube digestif.

Le foie était le seul organe malade, son volume était considérable, son tissu offrait une grande friabilité. Constituée par des granulations jaunes et rouges entremêlées, sa substance présentait un aspect granitique fort remarquable. La vésicule biliaire était racornie, très-petite; elle contenait peu de bile; celle-ci était poisseuse et tout à fait semblable à du savon noir; les parois étaient épaissies. Les canaux biliaires, hépatique, etc., étaient sains et perméables dans toute leur étendue, mais ils n'étaient pas, comme d'habitude, colorés par la bile. Les vaisseaux du foie étaient gorgés de sang.

La rate, les reins, la vessie, l'utérus, ne présentaient rien de remarquable. Le système veineux général ne contenait qu'une faible quantité de sang. Celui de la veine porte, au contraire, en était distendu jusque dans ses dernières ramifications.

Remarques. — Le pemphigus est une des maladies de la peau qui méritent le plus de fixer l'attention des médecins, et dont cependant l'histoire est peut-être la moins connue. Cette observation offre l'exemple d'une forme rare du pemphigus chronique, forme que l'on trouve à peine indiquée dans les auteurs; et cependant il importe d'autant mieux de la bien connaître, qu'elle est à chaque instant confondue avec une maladie peu grave, avec l'impetigo; et il est à peine utile d'insister sur les dangers d'une telle erreur, quand on sait que, pour la forme bulleuse, le pronostic est presque toujours mortel. Les rapports curieux qui existent entre le pemphigus chronique et certains troubles fonctionnels, voire même certaines altérations de l'organe hépatique, rapports constants et dont j'ai observé de

nombreux exemples, sont ici établis de la manière la plus positive. Ainsi, non-seulement la malade avait éprouvé antérieurement au développement du pemphigus un ictère à deux reprises différentes, mais les altérations anatomiques ne sauraient laisser aucun doute sur l'existence de ces rapports, si importants au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.

Je me propose, après avoir publié quelques faits particuliers, de faire l'histoire complète du pemphigus aigu et du pemphigus chronique, et de les étudier dans leurs différences si tranchées et de marche et de forme.

PRURIGO, DONT LE DÉVELOPPEMENT REMONTE A DEUX ANS, ECZEMA SIMPLE SURVENU A LA POITRINE ET AU VENTRE, A LA SUITE DE L'APPLICATION D'UN EMPLATRE DE POIX DE BOURGOGNE. — FURONCLES, HÉMORRHOÏDES, CONSTIPATION, ABCÈS DU SEIN, GUÉRISON. — *Une dyspnée qui avait paru avant l'eczéma se représente après la guérison de cette éruption.*

Le 1er novembre 1843, est entrée dans mon service, salle Napoléon, nº 8, pour se faire traiter d'un eczéma simple de la poitrine et du ventre, la nommée S..... Jeanne-Virginie, âgée de 21 ans, marchande des quatre saisons, née à Paris.

Son père a toujours eu une mauvaise conduite, il a eu plusieurs maladies vénériennes; il communiqua à sa femme, grosse de six mois, un écoulement blennorrhagique abondant. J. S..., fruit de cette grossesse, vint au monde couverte d'une éruption pustuleuse de nature syphilitique située surtout au ventre, aux parties génitales externes et à la face interne des cuisses. On lui fit subir un long traitement à la suite duquel elle fut complétement guérie. Jusqu'à l'âge de 5 ans, elle resta chétive et délicate, ayant le ventre gros, dur, tendu, des coliques et de la diarrhée habituellement, et plusieurs bronchites chaque hiver. A dix ans, pneumonie dont la convalescence n'arrive qu'après deux mois de traitement. A partir de cette époque, J. S... prend du développement, sa constitution paraît moins délicate. A l'âge de 15 ans et demi, les règles s'établissent sans aucune indisposition. Six mois après, elle est défiorée. A la suite de fort peu de rapports toujours extraordinairement douloureux, elle contracta un écoulement blennorrhagique et une métro-péritonite intense. Après six mois de traitement, l'écoulement persistait seul. Elle sortit alors de l'hôpital de Lourcine. Les règles, supprimées, reprirent leur cours; la malade continua un traitement chez elle, se fit des injections astringentes, prit du poivre de cubèbe et du baume de copahu à plusieurs reprises, sans voir en rien son écoulement modifié. Il y avait déjà trois ans qu'elle cherchait vainement, par différents moyens, à triompher de la persistance de cet écoulement lorsqu'elle vit, après avoir éprouvé de vives démangeaisons, de petites papules de prurigo se développer sur différentes parties du corps, et surtout à la face postérieure des bras et des avant-bras, au dos, à la face antérieure des jambes. Peu après, elle communiqua un écoulement blennorrhagique à un homme qui, dit-elle, n'avait pas eu de maladie vénérienne depuis fort longtemps. Elle ne tarda pas à remarquer que les démangeaisons étaient moins vives, les papules de prurigo moins nombreuses quand l'écoulement était abondant; s'il venait, au contraire, à diminuer, aussitôt les démangeaisons s'exaspéraient, elle voyait alors un plus grand nombre de papules. Il y a trois mois, toujours tourmentée par la persistance de son écoulement, elle parvint à se faire admettre à Lourcine; elle venait à peine d'entrer lorsqu'elle fut atteinte d'une pneumonie qui dura trois semaines. Elle sortit peu après, conservant toujours sa leucorrhée. Comme elle avait quelquefois de l'oppression et des douleurs dans la poitrine, sur le conseil que lui donna une voisine, elle appliqua sur sa poitrine un large emplâtre de poix de Bourgogne qui avait pour limites, en haut les mamelons, en bas l'ombilic. Elle ne parut en rien soulagée; l'emplâtre étant tombé au bout de six semaines, elle crut devoir en appliquer un nouveau. Aussitôt il lui vint des démangeaisons tellement vives qu'elle fut complétement privée de sommeil pendant huit jours; en même temps il y eut de l'anorexie, des douleurs de tête, un léger mouvement fébrile vers le soir. Ces symptômes servirent de prodromes à un eczéma simple qui se développa sur tous les points qu'occupait l'emplâtre, remonta même un peu plus haut sur les seins.

Presque toute cette surface était en effet occupée par de petits soulèvements de l'épiderme, irrégulièrement disséminés par groupes, contenant une sérosité citrine et reposant sur une base légèrement enflammée.

Peu de temps après, les vésicules trop distendues se rompirent, la sérosité citrine s'en échappa, continua d'être sécrétée, puis elle se concréta en donnant lieu à des squammes minces d'une couleur jaunâtre, lamelleuses et se détachant facilement. En d'autres points, de petites surfaces excoriées sécrétaient encore de la sérosité, devenaient douloureuses par le frottement de la chemise, à laquelle elles finissaient par adhérer. C'est alors que S... se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, et fut admise dans mon service. C'est une fille d'un tempérament lymphatique assez prononcé; elle est d'une taille moyenne, d'un

développement ordinaire; ses cheveux sont châtain-clair, le bord libre de ses paupières est ordinairement rouge. Le lendemain de son admission, et à notre premier examen dans les salles, l'éruption eczémateuse, dont nous avons plus haut donné les caractères, avait gagné encore des surfaces jusque là restées saines vers la région hypogastrique. Sur différents points de la surface du corps, il y avait en même temps des papules de prurigo, les unes restées intactes, la plupart écorchées, toutes donnant la sensation d'un prurit incessant devenu plus violent, s'accompagnant d'une cuisson plus âcre depuis quelques jours. En même temps, les seins étaient durs, gonflés; il s'y manifestait des douleurs tantôt lancinantes, tantôt sourdes et profondes, et constamment la malade y rapportait la sensation d'une astriction permanente; on voyait les mamelons, rigides et turgescents, rester dans une véritable érection continue. Cependant le suintement eczémateux devenait encore plus abondant, les squammes anciennes étaient promptement chassées par des éruptions sous-jacentes et nouvellement formées, le sommeil était entièrement perdu; à la fin du jour, le mouvement fébrile prenait un peu plus d'acuité. Je fis saupoudrer toutes les surfaces suintantes avec de l'amidon; celles-ci furent ensuite reconvertes avec du papier pénétré d'huile d'amandes douces, en même temps des boissons délayantes furent administrées, et la malade fut soumise à un régime peu substantiel et peu abondant. Dès lors, les nuits furent bonnes, l'état nerveux se calma, les démangeaisons s'apaisèrent, les principales fonctions s'exécutèrent normalement, et l'éruption vésiculeuse parut complétement arrêtée dans sa marche. Il fut bientôt possible d'administrer des bains légèrement alcalins, qui hâtèrent la résolution de l'eczéma et la chute des nombreuses squammes qui étaient encore adhérentes à la peau.

Le 8 novembre, il ne restait plus qu'une teinte violacée sur les surfaces qui venaient d'être affectées, tout au plus pouvait-on y remarquer encore quelques squammes rares et très-distantes.

Cependant il se développait, vers le mamelon gauche, quelques petits groupes vésiculeux, d'où l'éruption aurait encore pu s'étendre pour se propager sur les régions voisines; ce nous fut une indication d'insister sur le traitement que nous avions suivi jusque-là. Le 10 novembre, il se manifesta quelques symptômes gastriques peu intenses qui cédèrent à l'emploi de la magnésie décarbonatée, continué pendant quelques jours. La malade avait à peine éprouvé une amélioration de ce côté, son appétit venait de s'éveiller et ses digestions se faisaient normalement, lorsque, le 14 novembre, elle vit se développer en plusieurs points de la surface du corps des furoncles indolents et un orgelet à la paupière inférieure gauche. Quelques bains simples, des cataplasmes et l'usage d'une tisane de houblon, calmèrent ces légers accidents. La malade, qui avait eu autrefois des hémorrhoïdes, les vit reparaître; en même temps elle fut tourmentée par une constipation assez opiniâtre, qui fut combattue par l'eau de Sedlitz et l'emploi de bains émollients. Peu après les règles parurent et durèrent pendant trois jours. Bientôt les deux seins furent le siége de douleurs profondes qui s'exaspéraient la nuit; il y eut de la fièvre, et une sensation de fluctuation superficielle très-circonscrite nous fut bientôt perceptible en dessous de chaque mamelon. Ces deux petits abcès s'ouvrirent bientôt et se fermèrent en peu de jours. Le 25 novembre, la malade demanda à sortir. Elle était depuis longtemps guérie de son eczéma; le prurigo avait complétement disparu, mais il y avait chaque soir, comme avant l'éruption, de l'oppression, de la difficulté de respirer; chaque matin, il y avait expectoration de crachats filants et bulleux; cependant, à l'auscultation, on ne reconnaissait aucune modification bien notable du bruit respiratoire, si ce n'est une respiration un peu sifflante, et çà et là quelque peu de râle muqueux. Toujours comme avant l'entrée de S..., la leucorrhée était intense.

Comme je me propose de m'occuper bientôt de l'histoire de l'eczéma d'une manière complète, je crois devoir la faire précéder de quelques observations. J'ai rapporté celle-ci, qui est toute simple d'ailleurs, comme un exemple surtout de la facilité avec laquelle cette éruption, même avec des conditions défavorables de la malade, peut guérir, quand elle est produite accidentellement par une cause externe: facilité bien remarquable, quand on la compare à l'opiniâtreté avec laquelle résistent certaines formes en apparence moins graves, mais produites ou entretenues par des troubles intérieurs. On peut voir aussi dans le fait de la femme Virginie S..... un exemple des sympathies qui existent entre certaines inflammations intérieures, surtout des membranes muqueuses, et certaines affections de la peau. J'aurai d'ailleurs occasion de revenir sur ce point important, et de l'appuyer de faits qui feront ressortir cette relation d'une manière plus évidente.

CHANCRE, TRENTE-TROIS JOURS APRÈS UN COÏT IMPUR. — SYMPTÔMES SECONDAIRES *s'annonçant par de violentes douleurs de langue, puis par une éruption squameuse au cuir chevelu et à la face, et enfin par des douleurs articulaires. — Récidives opiniâtres de tous ces symptômes.*

(1) « Quoique d'une constitution en apparence assez délicate, j'ai toujours joui d'une assez bonne santé, et n'ai jamais eu de maladie assez grave pour être forcé de garder le lit. Ma taille est médiocrement élevée, ma peau brune, mes sourcils, mes cheveux, ma barbe, mes yeux très-bruns, mon embonpoint est peu prononcé; mon tempérament me paraît devoir être classé dans ceux dits bilioso-nerveux. Je n'ai jamais eu d'autres affections vénériennes que celle dont je vais vous tracer rapidement l'histoire, me contentant d'insister spécialement sur les points que vous m'avez signalés.

« Le 25 juillet 1841, n'ayant pas alors exercé le coït depuis plus d'un mois, j'eus des rapports sexuels avec une femme que j'avais tout lieu de croire infectée de syphilis. J'attendis avec anxiété pendant quatre ou cinq jours le résultat de mon imprudence, mais rien ne se manifesta et je fus entièrement rassuré. Cependant je m'abstins encore par prudence de voir ma maîtresse habituelle, qui était parfaitement saine, et à laquelle je voulais éviter toute chance de contagion; ce ne fut qu'au bout de quinze jours que je crus pouvoir me permettre de reprendre mes relations avec elle, et encore je ne les prolongeai pas au delà d'un jour. Depuis cette époque, elle a toujours continué d'être saine comme auparavant, et je ne l'affirme qu'après examen complet de toutes les parties.

« Le 25 août, n'ayant rien éprouvé de nouveau, et me croyant plus que jamais à l'abri de tout accident, je prends un bain de propreté.

« Le 27, au matin, démangeaisons à la base du gland; l'examen permet d'y constater deux taches rouges, de près d'un centimètre de diamètre chaque, peu ou point saillantes, au-dessus des parties environnantes, non ulcérées.

« Le 28, le même état persiste.

« Le 29, au matin l'épithélium est détruit sur les deux taches, qui sont très-légèrement saillantes au-dessus du reste de la muqueuse, et ont pris une teinte grisâtre.

« Les jours suivants, la surface des ulcérations est franchement grisâtre comme dans le chancre; elle est plus élevée au-dessus des parties voisines, légèrement convexe et renversée sur ses bords, environnée d'un étroit liséré rouge; en un mot, c'est le type de l'*ulcus elevatum*, et vous savez que je suis à même d'en voir de toutes les espèces (1). Pendant quinze jours je pansai mes ulcères avec du cérat au calomel, et après ce temps ils étaient presque revenus au niveau du reste de la muqueuse; leur surface était en partie rosée, mais leur base offrait une légère induration. Je pratiquai alors, outre le traitement déjà indiqué, une cautérisation avec le nitrate d'argent, et je la répétai tous les trois ou quatre jours, jusqu'au trente-deuxième jour, époque à laquelle la cicatrisation fut complète; seulement une induration assez prononcée restait à la place qu'avaient occupée les chancres; elle ne se dissipa que très-lentement.

« Rien de particulier ne se manifesta jusqu'au commencement de novembre. A cette époque, j'éprouvai des douleurs dans la langue avec redoublement si violent la nuit, qu'elles empêchaient tout sommeil; presqu'en même temps j'éprouvai aussi, la nuit seulement, une sécheresse et des douleurs assez prononcées à la gorge. D'ailleurs aucune modification matérielle appréciable ne pouvait être constatée sur les parties douloureuses. Ce ne fut qu'à la fin de novembre que trois groupes de papilles rouges et saillantes apparurent à la base de la langue; elles étaient séparées par des espaces sains, et n'étaient pas beaucoup plus douloureuses que le reste de l'organe.

» Pendant la nuit du 15 décembre, il se manifesta sept taches, et la nuit du lendemain cinq autres taches au front et autour de la bouche, sur les deux lèvres. Deux de ces taches laissèrent d'abord suinter un peu de sérosité, puis elles devinrent bientôt sèches comme toutes les autres, et, de même qu'elles, se couvrirent de squammes minces et blanchâtres. La couleur des taches était d'un rouge brun légèrement vineux.

« Aussitôt après l'éruption dont je viens de parler, les douleurs de la gorge et de la langue diminuèrent considérablement et cessèrent bientôt; les papilles disparurent également.

« A la fin de décembre, nouvelle éruption squammeuse, discrète, mais assez abondante au cuir chevelu, développement des ganglions du cou; retour des douleurs de la langue et de la gorge; en outre, douleurs assez fortes dans l'épaule gauche. Espérant toujours une terminaison naturelle et heureuse de la maladie, je voulus encore tarder quelques jours avant de commencer un traitement; mais les symptômes ne faisant qu'empirer, je me décidai, le 11 janvier, à prendre chaque jour deux pilules de bichlorure de mercure de deux centigrammes et demi chacune; je continuai ce traitement jusqu'à la fin de février, époque à laquelle toute trace de maladie avait disparu.

(1) Ce fait m'a été communiqué par un jeune médecin qui est lui-même le sujet de l'observation.

(1) Ce médecin était alors à la tête d'un service spécial de vénériens. (*Note du Rédacteur.*)

« Deux mois plus tard, à la fin d'avril, retour de quelques taches squammeuses à la face et au cuir chevelu, nouvel engorgement des ganglions cervicaux, douleurs dans plusieurs articulations, principalement la nuit. C'est alors que j'allai, ainsi que je vous l'ai dit, consulter M. Cazenave. Je recommençai un traitement qui fit disparaître la plupart des accidents, mais que les exigences de mon service, jointes à un peu de négligence de ma part, me firent bientôt interrompre.

« Depuis cette époque jusqu'à ce jour (15 juin 1843), je n'ai jamais été deux mois sans éprouver quelque phénomène morbide; tantôt ce sont des plaques squammeuses qui siégent plus spécialement au cuir chevelu, tantôt des douleurs articulaires avec exaspération nocturne, tantôt des douleurs et de la sécheresse à la gorge; enfin souvent des rougeurs semblables à celles que vous avez vues sur la langue (1). Jusqu'à présent ces symptômes ont toujours disparu en très-peu de jours sous l'influence du bichlorure, que je n'emploie du reste que quand ils me sont trop incommodes, et que je n'ai jamais prolongé au delà d'une quinzaine de jours. J'ai toujours l'intention d'essayer si un traitement méthodique et longtemps prolongé, me mettrait à l'abri de toute récidive, mais, jusqu'à ce jour, les circonstances favorables pour le suivre régulièrement m'ont fait défaut.

« Du reste, la santé générale va assez bien; les fonctions s'exécutent avec régularité; je suis seulement sujet à des malaises que je n'éprouvais point avant ma maladie.

Remarques. — Plusieurs des faits que renferme cette observation me paraissent d'autant plus intéressants, que les connaissances et l'exactitude de l'auteur leur donnent une authenticité incontestable.

Le premier que je signalerai est celui qui se rapporte à l'incubation que certains auteurs ne peuvent se résoudre à admettre, et qu'ils n'admettront pas davantage après la connaissance de ce nouveau fait, quelle que soit l'exactitude avec laquelle il a été observé. Quant à ceux qui ne fondent leurs croyances scientifiques que sur une saine observation, ils admettront, après la lecture de ce fait, non pas que le chancre a une période d'incubation (les faits qu'on voit journellement suffisent pour démontrer cette vérité), mais que cette période d'incubation, quoique régulière dans la grande majorité des cas, peut éprouver les mêmes anomalies que toutes les autres incubations et durer un temps très-long; celle qui a existé dans le cas précédent est la plus longue que j'aie eu l'occasion d'observer; mais je connais des médecins instruits qui m'ont assuré en avoir constaté de beaucoup plus longues, de soixante jours, par exemple.

Un second point assez important, c'est le mode de développement qu'a suivi dans ce cas le chancre. On voudrait rattacher aujourd'hui ce mode à un seul type, qui serait la formation préalable d'une pustule, puis l'ulcération; ce mécanisme, vrai dans le plus grand nombre des cas, ne l'est pas dans celui qu'on vient de lire, où l'on a vu que le chancre avait commencé par une rougeur en plaques arrondies, sur laquelle l'épithélium s'est détruit sans soulèvement précédent. A la vérité, il s'agissait ici d'un *ulcus elevatum*, et peut-être cette variété de chancre ne suit-elle pas le même mode de développement que le chancre hunterien; c'est du moins ce que me porteraient à penser le petit nombre de faits que j'ai pu observer; car l'occasion de voir les maladies à leur début n'est pas fréquente. Chez un autre médecin attaché également à un service spécial de vénériens, un chancre élevé se forma exactement de la même manière que chez celui qui précède.

Les phénomènes par lesquels s'annonça chez ce malade la vérole confirmée, sont assez rares pour que nous devions porter spécialement notre attention sur eux; si ces douleurs de langue n'avaient pas eu dans le cas actuel ce caractère d'exaspération nocturne, si elles ne s'étaient point accompagnées, comme cela arrive quelquefois, de ces plaques végétantes et de ces squammes du cuir chevelu qui en dévoilaient la nature, elles auraient pu être facilement méconnues, et l'on comprend tous les inconvénients d'une semblable méprise, puisqu'un traitement approprié en a presque immédiatement débarrassé le malade, au moins pour un temps.

Enfin, un dernier fait pratique que renferme cette observation, c'est la facilité avec laquelle les accidents consécutifs ont cédé à l'emploi du bichlorure, et la facilité non moins grande avec laquelle ils se sont reproduits à plusieurs reprises. Les faits analogues ne sont pas rares dans la prati-

(1) Ces rougeurs étaient arrondies, un peu saillantes au-dessus du reste de la muqueuse, ayant une surface tantôt lisse, plus souvent rugueuse, et offrant l'aspect normal exagéré de la langue; tantôt ce n'étaient plus des rougeurs, mais des taches grisâtres. (*Note du Rédacteur.*)

que ; et ces faits se produisent non-seulement dans les cas où les malades ont fait un premier traitement incomplet ou insignifiant, mais encore dans des cas où le traitement a duré au delà du temps qu'on regarde généralement comme suffisant. Il y a dans ces cas une importante question à résoudre, c'est de savoir si le malade doit se soumettre à un traitement extrêmement prolongé, ou bien s'il doit se contenter de combattre les accidents à mesure qu'ils se développent, et cesser toute médication quand une fois ils se sont dissipés. J'avoue que je n'ai pas encore tous les éléments nécessaires pour résoudre cette question ; toutefois, les faits que je possède viendraient appuyer la seconde proposition plutôt que la première, c'est-à-dire qu'un traitement prolongé n'aurait pas les avantages qu'on serait tenté de lui attribuer. Il semblerait que le mercure n'aurait d'action, en pareilles circonstances, que sur le virus *en action*, tandis qu'il ne pourrait rien contre le virus *en repos*. Au reste, je ne donne pas ces *vues* comme une opinion définitive. Notre malade ne s'est pas encore actuellement soumis au traitement qu'il manifeste l'intention de faire, et comme les symptômes qu'il éprouve actuellement (fin décembre 1843) sont peu prononcés, qu'ils continuent à céder facilement à un traitement de quelques jours, il est infiniment probable qu'il s'en tiendra au mode de traitement qu'il a observé jusqu'ici.

H. DE C.

REVUE.

PATHOLOGIE COMPARÉE. — HERPÈS DU CHEVAL. — DIAGNOSTIC DE L'HERPÈS PHLYCTÉNOÏDE ET DE LA MORVE.

On trouve dans le numéro de novembre du *Recueil de Médecine Vétérinaire* un article de MM. d'Alfort, Bouley jeune et Patté, sur l'herpès, article qui résume une question de diagnostic aussi importante que difficile. En effet, ces médecins ont indiqué d'une manière nette et précise les caractères qui doivent séparer l'herpès de l'éruption morveuse, et il est facile de concevoir quel intérêt est attaché à la solution de cette grave difficulté. Ces considérations viennent à la suite de deux observations d'herpès phlycténoïde, simulant, l'un la morve volante, l'autre la morve aiguë. Il nous est impossible de les reproduire ici ; mais nous avons cru devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les réflexions suivantes, qui touchent à un point si longtemps obscur de la pathologie, mais qui appelle aujourd'hui tout l'intérêt des praticiens. L'histoire de la morve doit occuper une large place dans cette collection, et il était juste de signaler dès à présent les travaux de MM. Bouley et Patté, qui sont appelés, par la nature et la tendance de leurs études aussi bien que par leur position, à élucider ce point encore confus de la pathologie.

La forme éruptive que peuvent prendre, chez le cheval, les maladies d'acclimatement, a été la cause, comme nous l'avons dit, d'une grave erreur de diagnostic ; cette erreur, nous l'avons signalée, pour qu'on puisse l'éviter à l'avenir. Mais, afin de dissiper complétement l'obscurité qui peut encore exister sur ce point de la symptômatologie, nous allons donner la description comparative de la pustule morveuse et de la vésicule herpétique.

Au moment où l'éruption morveuse va se produire, la membrane nasale reflète une teinte safranée très-foncée et uniformément répandue à sa surface. Par places on voit apparaître des taches rouges circulaires ou elliptiques, circonscrites dans une étendue d'une pièce de un franc environ ; puis à l'endroit de ces taches, la membrane hyperhémiée se tuméfie et s'élève au-dessus de son propre niveau. Ces points exubérants constituent *les pustules*. D'abord saillantes, arrondies à leur sommet, reflétant une teinte d'un rouge violacé, qui tranche par sa nuance sur l'auréole d'un rouge plus vif qui les entoure, dures au toucher, ces pustules ne tardent pas à blanchir à leur sommet. Elles ont alors, dans leur centre, un aspect terne plombé qui contraste d'une manière très-caractéristique avec le cercle rougeâtre de leur circonférence.

Arrivée à cette période de sa maturité, la pustule s'ouvre et donne écoulement à un liquide séro-purulent, filant comme l'albumine de l'œuf, qui forme à sa surface comme une exsudation semi-transparente.

Une fois ouverte, la pustule est remplacée par un chancre, d'abord parfaitement proportionné à la surface qu'elle occupait; les bords de ce chancre sont rouge-foncé, boursouflés, saillants au-dessus du niveau de la membrane; son fond a une teinte grisâtre et présente un aspect granuleux sur lequel fige une matière séreuse demi-transparente.

Ces granulations très-fines s'injectent et saignent au moindre contact.

Il est rare que le chancre de la morve aiguë reste stationnaire; le plus ordinairement il s'élargit avec une très-grande rapidité, creuse en profondeur, et, à mesure qu'il gagne du terrain, transforme la surface de la pituitaire en une vaste plaie, dont les bords et le fond présentent tout à fait l'aspect du chancre primitif.

L'éruption pustuleuse de la morve est quelquefois isolée; mais le plus souvent elle est confluente. Dans ces cas, lorsque l'ulcération envahit les pustules agglomérées, elle les fond toutes dans un vaste chancre, qui ne tarde pas à envahir toute l'étendue de la membrane en profondeur aussi bien qu'en surface; souvent même, dans ces cas, les tissus sous-jacents, osseux ou cartilagineux, sont envahis et détruits.

Le chancre de la morve aiguë se cicatrise quelquefois, mais la membrane nasale ne se régénère jamais à l'endroit qu'il occupait; détruite à fond par le travail ulcérateur, elle est remplacée par un tissu blanchâtre très-dense, plus épais que la membrane dont il dépasse le niveau, et formé par des fibres qui rayonnent du centre de la cicatrice à la circonférence. Cette cicatrice indélébile dénonce toujours la perte de substance que la membrane a éprouvée.

Tels sont les caractères de l'éruption morveuse.

Avant l'éruption vésiculeuse qui caractérise l'herpès, la membrane nasale a une teinte uniformément rouge, qui témoigne de l'inflammation diffuse dont elle est le siége; puis on voit se dessiner à sa surface de petites taches rouges très-circonscrites, au centre desquelles l'épithélium ne tarde pas à être soulevé par l'accumulation de quelques gouttes de sérosité limpide. Ces petites poches entourées d'un cercle rouge, que forme l'épiderme de la membrane en se détachant de son tissu, constituent *les vésicules*. Transparentes d'abord, ces vésicules deviennent bientôt jaunâtres par suite du trouble et de l'épaississement de la sérosité qu'elles renferment; puis elles se flétrissent, s'ouvrent et donnent écoulement au liquide séro-purulent qu'elles contiennent. A la place qu'elles occupaient, on observe de petites plaies très-circonscrites et superficielles, d'un rouge vif, sorte d'érosions de la membrane dépouillée de sa tunique épidermique.

En moins de vingt-quatre ou trente heures, l'épithélium se régénère à la surface de ces plaies, qui disparaissent sans laisser aucune trace.

Lorsque les vésicules herpétiques sont isolées les unes des autres à la surface de la pituitaire, on peut facilement les distinguer des pustules morveuses, dont elles n'ont ni la forme, ni le volume, ni l'aspect.

Mais si plusieurs vésicules viennent à se grouper sur une surface très-circonscrite, la concentration de l'inflammation sur cette surface fait que la partie de la membrane qui leur sert de base se tuméfie un peu et revêt à distance l'aspect d'une grosse pustule. Dans ce cas, le diagnostic différentiel est plus difficile. Mais au bout de quelques jours, lorsque l'éruption a suivi son évolution, le doute ne peut plus exister; la pustule doit être remplacée par un chancre, et le groupe herpétique par une simple dénudation de la membrane, qui, loin de prendre le caractère chancreux, se dérobe bientôt sous une couche épidermique normalement sécrétée.

A supposer donc que dans le début de l'éruption on aurait pu méconnaître sa nature, l'observation de la maladie dans sa dernière phase, où ses caractères sont bien tranchés, ne laisse plus de prise au doute et à l'erreur.

DE LA MORVE CHEZ L'HOMME.

Nous lisons dans le *Journal de médecine de Lyon*, janvier 1844, un fait qui vient démontrer toute l'importance des questions qui se rattachent à la morve et à son diagnostic.

Sous le titre de typhus ictérique, sporadique, etc., l'auteur de l'observation, préoccupé des symptômes généraux de la morve, qui la font ressembler d'une manière si manifeste aux différents typhus, soit qu'on considère la nature de la fièvre, l'état particulier de l'intelligence et de la sensibilité, la manière dont les phénomènes généraux s'enchaînent et se suivent, a perdu de vue que plusieurs maladies infectieuses, miasmatiques et virulentes, ont au début un mode d'expression presque uniforme; mais ici le jetage, les douleurs, la nature de l'éruption, sont venus ajouter, pour le diagnostic, le dernier caractère de précision, et c'est bien évidemment à la

morve que Boin a succombé. Dans le numéro de septembre 1843, nous avions appelé l'attention de nos lecteurs sur la nature particulière d'une éruption farcineuse : ce nouveau fait nous servira au même point de vue, étayé de plusieurs autres observations, à émettre ultérieurement une doctrine sur la nature de la morve et du farcin.

« M. Boin, maître de poste à Limonest, âgé de 57 ans, de petite taille, pourvu d'embonpoint, d'une constitution éminemment lymphatique-sanguine, sobre de boissons fortes et habitué à une vie très-active, souffrait depuis plusieurs années de douleurs d'entrailles dont le véritable caractère fut d'abord méconnu. Ces douleurs, qui différaient des coliques ordinaires, ne gênaient pas d'une manière notable la digestion, influaient peu sur les déjections alvines, et n'avaient pas altéré d'une manière remarquable la santé de M. Boin. Cependant elles devenaient de plus en plus fréquentes et se concentraient dans la région ombilicale, de manière à laisser un malaise continu dans cet endroit. Elles paraissaient avoir leur siége dans l'intestin grêle, et, dans une exploration que je fis de la région souffrante, je crus reconnaître de la tuméfaction et de la sensibilité dans le mésentère. Le malade avait aussi, de temps en temps, de petites éruptions dartreuses. Quoi qu'il en soit, je jugai que ces douleurs d'entrailles pouvaient bien tenir à un principe rhumatismal et n'avoir leur siége que dans la membrane musculaire des intestins, et secondairement dans les ganglions du mésentère. Dès lors j'appliquai six moxas japonais autour du nombril, en forme de couronne; je fis suivre cette cautérisation d'une application de sangsues autour des moxas. La suppuration qui suivit la chute des escarres fut *extrêmement* abondante et dura plus de deux mois. Sous l'influence de cette puissante dérivation, les douleurs disparurent complétement. J'envoyai, au mois d'août dernier, M. Boin aux eaux d'Allevard, autant pour consolider la guérison obtenue par les moxas que pour combattre le principe dartreux qui existait encore.

« A son retour, au mois de septembre, M. Boin n'avait jamais joui d'une aussi bonne santé depuis plusieurs années. Peu de temps après, il se livra à un travail violent dont il avait perdu l'habitude : il aida pendant deux jours à engranger du foin.

« Les premiers jours qui suivirent cet exercice, environ vers le 15 septembre, il fut atteint assez subitement de larges taches pourprées à l'avant-bras gauche, qui se prolongeaient par traînées jusqu'au-dessus du pli de la saignée. Cette inflammation prit bientôt le caractère flegmoneux, et, malgré une saignée locale, elle se termina par suppuration. A ce moment, l'état paraissait purement local, la santé de M. Boin continuait à être bonne; la suppuration établie, les douleurs diminuèrent graduellement, et tout faisait présager une guérison prochaine, lorsque tout à coup M. Boin fut pris d'une douleur très-aiguë au pied droit, du côté opposé au bras malade. Cette douleur était sans rougeur, sans tuméfaction; elle était plus forte la nuit et présentait d'ailleurs tous les caractères des douleurs arthritiques. Deux applications de sangsues furent faites autour des malléoles; elles furent suivies de l'application de deux petits vésicatoires camphrés volants sur la région douloureuse. Au bout de 3 jours, la tuméfaction survint et la douleur s'amenda.

« Le quatrième jour de cet état, le jeudi 28 septembre, en abordant le malade, bien que nullement préoccupé de son état, vu que, d'après l'amendement de la veille, je m'attendais à constater une plus grande amélioration; en abordant, dis-je, le malade, je ne trouvai rien de nouveau dans l'état de son pied, mais je fus frappé de son air : son visage exprimait l'étonnement, la contrariété et l'indifférence, à tel point que je le crus de mauvaise humeur contre moi. Mais il n'en était rien : c'était le début d'une fièvre de mauvais caractère, ce que je ne reconnus bien que le lendemain.

« 29 septembre. Abattement moral, stupeur, engourdissement général; le malade ne parle plus de la douleur de son pied; il dit qu'il en souffre encore quand on lui en parle; assoupissement, tête un peu lourde, peau un peu brûlante, pouls presque dans l'état normal quant à la fréquence, mais un peu élevé et ayant une souplesse toute particulière; on dirait que l'artère n'est qu'à demi pleine; langue un peu sèche; selles bilieuses sans douleurs de ventre. Boissons délayantes et acidulées; applications émollientes sur le ventre et lavements de même nature.

« 30. L'état fébrile s'est aggravé et tous les signes d'une fièvre typhoïde grave se prononcent. Je signale le danger aux parents du malade, ce qui motive une consultation avec M. le docteur Polinière pour le lendemain.

« 1er octobre. Nous voyons le malade avec M. le docteur Polinière vers les 3 heures du soir. Nous le trouvons dans l'état qui suit : abattement profond, assoupissement, sorte de stupeur, réponses lentes, parfois un peu de délire, teinte ictérique assez prononcée, bouche sèche et un peu fuligineuse, soif vive, ventre un peu météorisé, mais sans coliques et sans douleurs au toucher; plusieurs selles bilieuses depuis la veille; urines ictériques, peau brûlante et sèche, pouls peu fréquent et plus dur que la veille.

« A ces signes, à l'ensemble de ces phéno-

mènes généraux, nous reconnûmes bientôt, M. le docteur Polinière et moi, que le malade était en proie à une intoxication miasmatique et qu'on avait à redouter les accidents les plus graves, ce qui nous fit porter le pronostic le plus fâcheux. Pour le moment, nous fûmes d'accord de nous en tenir aux délayants acidulés et aux émollients sur le ventre, réservant au premier moment opportun une modification plus active.

« 2 octobre, à 8 heures du matin. L'état du malade est des plus déplorables : l'ictère a pris une teinte brunâtre; de larges pustules, ressemblant assez bien à celles de la variole, se sont déclarées dans la nuit, elles sont disséminées çà et là sur toute la surface du corps, excepté aux jambes et aux pieds; il y en a au visage, on en voit aussi sur les paupières; les yeux sont chassieux et collés par une mucosité blanchâtre épaisse; les narines fournissent aussi de cette mucosité, ce qui gêne la respiration; la bouche est sèche et très-fuligineuse; le malade boit avec avidité quoique avalant difficilement; l'air qui sort de sa bouche est brûlant, la chaleur de la peau est âcre et sèche; le pouls est petit et fréquent; il y a assoupissement et délire lent; le malade répond parfois juste aux questions qu'on lui adresse; déjections alvines et d'urines involontaires; ventre peu météorisé et sans sensibilité apparente au toucher; larges taches pourprées sur diverses parties du corps, principalement sur les extrémités inférieures; plusieurs tumeurs sous-cutanées de la grosseur d'une amande à un œuf de pigeon, aux bras et aux cuisses; elles sont dures et douloureuses au toucher; l'une d'elles, au bras droit, est fluctuante. — Même jour, à huit heures du soir, large escarre gangréneuse sur la malléole externe du pied droit, couleur livide de plusieurs taches pourprées, plusieurs pustules sont noires; ce qui paraît fatiguer le plus le malade, c'est une mucosité abondante qui sort par les narines, qui le fait souffler à chaque instant pour l'expulser; cette mucosité est visqueuse, et corrode par son âcreté les bords du nez et la lèvre supérieure où elle tombe; le pouls est très-fréquent, le malade répond encore, mais il retombe de suite dans le délire.

« 3 octobre, huit heures du matin. Le malade touche à sa fin; les taches pourprées se sont converties en charbon; le pouls est insensible, la bouche est largement ouverte, les narines sont obstruées par des mucosités épaisses. Mort à 10 heures du matin.

« Depuis 25 ans que je vois des malades et en assez grand nombre, je ne sache pas en avoir jamais vu un pareil. Il n'y a que la peste ou le typhus d'Amérique qui puisse donner lieu à une désorganisation aussi prompte.

« J'ai omis, dans cette narration, de dire que M. Boin a pansé, douze à quinze jours avant sa mort, un cheval atteint de morve. A ce moment, il avait déjà le flegmon au bras. Ce cheval avait les voies aériennes supérieures obstruées par des mucosités abondantes qui l'étouffaient; M. Boin se levait dans la nuit pour lui laver les naseaux. Le cheval a succombé dans les écuries de M. Boin. »

(*Journal de Médecine de Lyon.*)

CAS D'HÉMIPLÉGIE CONSÉCUTIVE A LA SYPHILIS.

Sous ce titre, le docteur Thomas Inman a publié, il y a quelque temps, cinq observations que nous regrettons de ne pas voir accompagnées de plus longs détails.

Richard Potts, âgé de 32 ans, se présenta à l'infirmerie de Liverpool, frappé d'hémiplégie. On sut que deux ans auparavant il avait été atteint de syphilis, et que depuis il avait eu quatre fois des ulcères à la gorge. Peu de temps après avoir été guéri de son attaque de paralysie, il en eut une autre beaucoup moins forte; une troisième eut encore lieu cinq semaines après, et dans celle-ci il perdit pendant quelque temps l'usage de ses sens et le mouvement des membres gauches. C'est seulement sous l'influence d'un traitement mercuriel qu'il put recouvrer la vue et la parole; mais la contractilité musculaire ne se réveilla que sous les commotions de la pile voltaïque. A la suite de ces accidents, on vit se développer à la surface de la peau une éruption de forme vénérienne.

Thomas Dolan, âgé de 27 ans, a eu, il y a trois ans, des chancres syphilitiques et une éruption de même nature, qu'il a conservés, les premiers neuf mois, la seconde trois. Un an après, ulcères à la gorge pendant six mois, et enfin, l'année dernière, douleurs le long des os de la jambe et dans les articulations, revenant avec plus de violence pendant la nuit. Il a fréquemment éprouvé des douleurs de tête qui sont devenues constantes aussitôt après la disparition des autres symptômes secondaires, et qui ont continué jusqu'au moment où il a perdu tout à coup l'usage des membres du côté gauche. L'intelligence est restée intacte. La guérison de cette hémiplégie a été obtenue à l'aide du calomel et de l'antimoine.

John White, âgé de 32 ans, tonnelier, ayant une cataracte à l'œil gauche, a été atteint de syphilis il y a deux ans, à la suite de laquelle il a eu aux tibias des exostoses qu'on a cherché à faire disparaître par l'administration du mercure jusqu'à salivation. Plus tard il a eu quelques ulcères dans la gorge, et dernièrement il a été frappé d'une hémiplegie de tout le côté droit. Intégrité de l'intelligence. Guérison rapide sous l'influence du mercure.

Owen Richards, âgé de 30 ans, clerc, se présente avec une hémiplégie droite complète, les traits de la face tirés d'une manière notable vers le côté gauche. Après l'attaque, il avait perdu connaissance pendant quelque temps, et bien qu'elle dit eu lieu depuis quelques jours, il ne peut encore articuler distinctement au moment de son admission. Aussi ne peut-on recueillir que des renseignements incomplets; cependant on comprend qu'il a eu sur le gland un large chancre qui, d'après l'aspect des parties, semble avoir été contracté trois mois au moins avant l'attaque de paralysie. Cette dernière maladie éprouva une amélioration très-notable sous l'influence du mercure, de la salsepareille et de l'iodure de potassium; mais le malade voulut sortir avant sa guérison complète.

Une autre personne, sur l'histoire de laquelle on n'a pu se procurer de détails suffisants, avait été exposée à plusieurs attaques d'hémiplégie, dont la première avait eu lieu à l'âge de 33 ans. Auparavant, de fréquentes affections vénériennes, dont on ne connaît pas les symptômes secondaires, avaient atteint ce malade.

L'auteur rapporte enfin un cas rendu public par le docteur Todd; c'est celui d'une jeune prostituée, âgée de 21 ans, qui présentait une éruption vénérienne. Elle perdit subitement connaissance, et, lorsqu'elle revint à elle, elle se trouva paralysée du côté gauche. Cette femme mourut, et l'autopsie révéla une inflammation d'un des deux hémisphères cérébraux et un ramollissement rouge de l'autre.

« On pourrait me demander, ajoute le docteur Inman, pourquoi je rapporte ces cas d'hémiplégie à la diathèse syphilique; on pourrait aussi m'objecter qu'il n'est pas rare de voir des apoplexies chez les jeunes sujets, et qu'on ne peut souvent leur assigner aucune cause particulière; que les observations que je rapporte ne présentent que de simples coïncidences, et que les deux maladies, bien que simultanées, n'ont entre elles de relations ni de cause ni d'effet. On pourrait m'opposer de plus que, s'il y avait là une semblable association, elle n'aurait pas manqué d'attirer l'attention de quelques-uns des nombreux écrivains qui ont traité de la syphilis, et qui cependant n'en ont fait mention nulle part. A présent, peut-être ne pourrai-je renverser complétement ces arguments, mais on parvient, je crois, à les ébranler fortement, lorsque l'on jette un coup d'œil sur les statistiques de l'apoplexie. Parmi cent vingt-huit cas rapportés par Morgagni, Andral et Rochoux, on en trouve seize seulement chez des individus âgés de moins de 40 ans. Dans cinq, on attribue l'attaque à des excès; dans les autres, aucune cause spéciale n'est assignée; ces cas se rapportent aux formes les plus graves de l'apoplexie. Si l'on examine les statistiques de l'hémiplégie, la disproportion est bien plus notable. Dans les cinq cas cités par le docteur Budd, dans *Médical Gazette* (mai 1842), et dans ceux mentionnés plus haut, tous les malades étaient âgés de moins de 40 ans, et on est naturellement porté à chercher la cause d'une circonstance aussi singulière; nous voyons que tous avaient été atteints de syphilis depuis un temps plus ou moins long; connaissant les effets redoutables de ce virus sur l'économie, et ne trouvant pas d'autre cause, nous lui attribuâmes naturellement les accidents apoplectiques. Je pense enfin que l'on ne peut élever aucun doute sur les effets si favorables du traitement mercuriel sur l'apoplexie, traitement qui nous éclaire encore sur les causes de cette dernière maladie. Dans les observations rapportées, je n'ai voulu qu'attirer l'attention des hommes de l'art sur des faits qui demandent des recherches beaucoup plus étendues. »

(*London Medical Gazette*, juillet 1843.)

DE LA LÈPRE EN ITALIE.

Au dernier congrès scientifique tenu à Lucques, en Italie, deux médecins italiens, les docteurs Trompeo et Griffa ont remis en question la transmissibilité et la contagion de la lèpre; ils ont vu surtout dans les États Sardes, aux environs de Nizza et sur les bords de la rivière occidentale de Ligurie, cette maladie non-seulement se transmettre de père en fils par la voie de la génération, mais encore se propager d'homme à homme par le contact des personnes ou des objets. Il y a même encore certaines localités où les habitants, disent-ils, ont soin de rendre la lèpre héréditaire à cause des bénéfices qu'ils retirent des aumônes qui leur sont faites par quelques congrégations charitables. Il est fort à regretter que les comptes-rendus des séances du congrès ne donnent aucun détail sur les caractères assignés par les médecins italiens à la maladie qu'ils désignent sous le nom de lebbra, lèpre, et que la discussion qui s'est élevée à ce sujet n'ait pas donné plus d'éclaircissement à ce sujet. Quoi qu'il en soit, un anonyme a fondé un prix de 300 francs pour le meilleur mémoire qui parviendrait au septième congrès scientifique d'Italie sur la lèpre en Italie, et sur les moyens de la prévenir et de la guérir. Le programme est ainsi conçu :

1° Donner un tableau de la lèpre qui s'observe actuellement en Italie, en indiquant ses symptômes caractéristiques, ses variétés et les signes qui peuvent la distinguer des autres affections cutanées.

2° Déterminer si, par sa nature et sa force, elle est identique avec celle du moyen-âge.

3° Indiquer quelle est sa condition pathologique et où elle réside.

4° Quelles en sont les causes prédisposantes et occasionnelles.

5° Proposer des moyens prophylactiques et curatifs en présentant des observations et des expériences nouvelles dument certifiées.

USAGE DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LA SYPHILIS *et la maladie mercurielle.*

L'emploi de l'iodure de potassium a non-seulement trouvé de nombreux imitateurs en Italie, mais l'auteur des observations que nous allons rapporter, le docteur Casimiro Sperini, affirme que Brera en faisait usage dans les maladies vénériennes dès 1821.

Quoi qu'il en soit, parmi les 50 faits de syphilis traitées par ce médicament, M. Sperini cite l'observation d'une dame de 41 ans qui portait depuis un an de vastes ulcérations à l'anus avec nécrose de plusieurs points de la surface postérieure de l'os sacrum, et qui avait été déjà soumise à de nombreux traitements mercuriels : une demi-once d'iodure de potassium, donnée par dose de 15 grains par jour, lui procura une guérison parfaite dans l'espace d'un mois. Les cas de syphilis guéris à l'aide de ce traitement furent :

Ulcères primitifs indurés et vastes aux parties génitales, 5; ulcères primitifs indurés et bubons inguinaux, 3; ulcères primitifs indurés, tubercules muqueux, excroissances et bubons inguinaux, 6; bubon inguinal primitif, 1; pustule muqueuse ulcérée et ulcères primitifs, 6; tubercules muqueux, excroissances et iritis syphilitiques, 3; pustule muqueuse, excroissance et syphilide cutanée pustuleuse, 3; excroissance et syphilide cutanée vésiculeuse, 1; périostites et periostoses, 12; éruption syphilitique avec hydarthrose, 1; ulcères aux doigts des pieds, 1; vastes ulcères au pharynx, destructions de la luette, des tonsilles et ulcères cutanés, 3; exostoses, 2; vastes ulcères avec névrose et douleurs ostéocopes, 1; carie de l'acromion, iritis et consomption vénérienne, 1; névrose du sacrum, 1; chez beaucoup de ces malades existaient simultanément des blennorrhagies urétrales, vaginales et utérines, qui furent traitées par des moyens appropriés.

La dose totale de l'iodure de potassium donnée à chaque malade fut de deux drachmes à trois onces, en commençant par dix grains par jour, et en augmentant jusqu'à trente, pris en deux fois, matin et soir, et dissous dans de l'eau distillée avec de la gomme arabique ou du sirop. Les guérisons furent plus rapides qu'avec les mercuriaux, mais il faut dire que les effets de l'iodure de potassium furent nuls dans les syphilides cutanées squammeuses, que les frictions mercurielles seules faisaient disparaître; les excroissances ne furent pas toujours guéries par l'usage de l'iodure. L'auteur a constaté enfin deux cas de récidives de périostites avec pustules muqueuses, qui furent guéries une seconde fois par le même médicament; de telle sorte qu'il doute s'il est toujours apte à produire une guérison permanente et radicale dans la syphilis secondaire. Le docteur Sperini signale encore six cas de légère irritation gastro-intestinale; deux cas de céphalalgie, vertiges, cardialgie; un cas de diminution de la sécrétion lactée chez une nourrice, et deux cas de ptyalisme intense produits par l'usage de l'iodure; mais d'un autre côté, il a constaté une amélioration dans le visage de la plupart des malades, le retour des forces et de la sécrétion menstruelle chez les femmes, etc.

Nous pourrions citer, à la suite de cette analyse, une observation du docteur Riberi sur une syphilide avec douleurs ostéocopes et hydarthrose guérie par l'iodure de potassium; et une autre de M. Gaetano Gasca sur un cas de syphilis invétérée rebelle aux moyens ordinaires, et guérie par l'hydriodate de potasse.

Il s'agit, dans la première observation, d'un jeune homme de 27 ans, de tempérament sanguin, d'une bonne constitution, qui, à l'âge de 21 ans, fut atteint d'une urétrite violente mal traitée, puis, plus tard, d'ulcères et de bubons, de chancres au voile du palais, et de douleurs ostéocopes. Traitement mercuriel complet pendant lequel survint, causée sans doute par des vicissitudes atmosphériques, une grave affection cérébrale qui se dissipa lors de l'apparition de nombreux et petits ulcères au visage, et dont l'un envahit bientôt tout le nez. Nouveau traitement mercuriel et décoction de Pollini pendant 24 jours. Guérison apparente. Récidive de l'urétrite, des ulcères, des douleurs ostéocopes, et périostose au tibia droit, qui ne cédèrent que momentanément à de nouveaux traitements mercuriels, à la décoction de savarési; enfin hydarthrose du genou droit et traitement mercuriel par la méthode de Dyondi, abandonné à cause d'accidents du côté des voies digestives, etc. C'est alors que le malade, réduit à un état de maigreur, d'abattement physique et moral très-prononcé, fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, qui, continué pendant un mois à la dose de six, puis de dix grains par jour, dissipa les douleurs et l'hydarthrose, et rendit au malade toute l'apparence de la santé.

Quant à l'autre observation, elle présente de telles analogies avec celle-ci, qu'il est inutile d'en rapporter les détails; remarquons seulement que le malade fut guéri une fois par le protoiodure de mercure et la décoction de Pollini. Il redevint malade par suite des excès de tout genre qu'il fit, et fut alors traité par l'hy-

driodate de potasse, à la dose de 3, puis 5, puis 8 grains par jour, et continué jusqu'à ce qu'il en eût pris 100 grains environ. Ce médicament eut pour effet de faire cesser les accidents et surtout d'arrêter les progrès rapides d'un ulcère qui menaçait de détruire la majeure partie du nez.

(*Giornale delle sciengo mediche di Torino.*)

Pour terminer ce qui est relatif aux travaux de quelques Italiens sur l'iodure de potassium employé comme antisyphilitique, nous devons rapporter succinctement deux observations du professeur Demichelis, où ce médicament fut employé avec avantage dans un cas de syphilis invétérée et dans un autre de maladie dite mercurielle. Une femme de 28 ans, sanguine, robuste, fut atteinte de syplilis consécutive à une blennorrhagie et à des ulcères contractés six ans auparavant. Elle portait des ulcères étendus sur le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, une périostose avec gonflement notable des deux condyles de l'humérus droit, des douleurs au deltoïde du même côté, avec exacerbations nocturnes. Administration du deutochlorure de mercure (18 grains en 70 jours) qui ne produisit aucun soulagement, et fut au contraire accompagné d'irritation gastro-intestinale. Après que celle-ci eut été dissipée par un long traitement, la malade fut mise à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose de 10 grains mêlés à 3 grains d'extrait d'aconit — Napel pour 10 pilules à prendre dans la journée, et prit pour boisson une décoction de salsepareille. Au bout de cinq jours, on put augmenter du double la dose du médicament en supprimant l'aconit, et on remarqua déjà une amélioration sensible. Mais bientôt survinrent de nouveaux symptômes de gastro-entérite, qui permirent cependant de reprendre le traitement après 8 jours de repos. Alors on préféra administrer l'iodure sous forme de lavement, et au dix-septième jour, la malade était tout à fait convalescente. Lorsque la guérison fut complète, c'est-à-dire au trentième jour, on avait employé en tout 310 grains d'iodure, dont 216 par le rectum.

La malade qui fait le sujet de la deuxième observation avait 33 ans; elle était délicate, nerveuse, portait des ulcères aux parties génitales, des pustules syphilitiques et des ulcères à la peau, éprouvait des douleurs ostéocopes, etc., etc. Guérison par les frictions mercurielles. Nouvelle infection avec périostite et tumeur articulaire; nouveau traitement par les frictions mercurielles et le deutochlorure. Symptômes de *maladie mercurielle* (1), traitée d'abord par la décoction de Pollini. Gastro-entérite aiguë avec exacerbations nocturnes sous forme, tantôt comateuse, tantôt délirante, avec céphalalgie continue et suppression des urines. On eut recours à la saignée et à une pommade de digitaline et d'acétate de morphine appliquée par la méthode endermique. On fut enfin contraint plus tard d'avoir recours à l'iodure de potassium (5 grains dans 4 onces d'eau distillée), qui produisit une amélioration, mais développa quelques nouveaux symptômes d'irritation gastro-intestinale. L'iodure de potassium fut alors donné par le rectum, et en 40 jours la guérison fut complète. 330 grains du médicament avaient été administrés pendant tout le traitement.

(*Giornale della societa med.-chir. di Torino.*)

(1) L'auteur ne dit pas à quels caractères il reconnaît cette maladie, et il est permis de croire qu'il confondait sous ce titre des symptômes appartenant à la syphilis.

EFFICACITÉ DE L'IODE CONTRE LE PRURIGO.

Un jeune homme de 22 ans souffrait depuis longtemps d'un prurigo très-douloureux qui occupait la partie interne des cuisses et le scrotum. Quantité de remèdes externes et internes avaient été mis en usage sans aucun succès. Le docteur Barosh eut l'idée de tenter l'application topique de la lotion suivante :

℞	Iode	75 centigr.
	Iodure de potassium	40 centigr.
	Eau distillée	150 gramm.
faites dissoudre, ajoutez alcool rectifié		30 gramm.
mêlez exactement par agitation.		

A peine les compresses imprégnées de cette préparation eurent-elles été appliquées pendant quelques heures sur les parties affectées, que le malade, pour la première fois depuis cinq ans, sentit une entière cessation de ses douleurs. Le médicament fut employé pendant plusieurs heures matin et soir, et, dans l'intervalle, on prescrivit chaque jour un grand bain émollient. Dans l'espace de trois semaines, la peau était revenue à son état normal et toute douleur avait disparu; cependant, lorque l'on suspendait l'usage du médicament, le prurigo ne tardait pas à reparaître, mais à un faible degré, et sans s'accompagner de la même irritation. Enfin, après avoir continué le même traitement pendant huit autres jours, la guérison fut complète.

(*Filiatre Sebegio.*)

MÉNINGITE PAR RÉTROPULSION DE LA TEIGNE.

Maria Patarino, âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant la peau blanche et délicate, était atteinte depuis son enfance, comme ses frères et sœurs, d'une teigne furfuracée qui, de temps en temps, se desséchait

et donnait lieu alors à une violente douleur au front et souvent à du gonflement de cette partie. Un jour le docteur Mercurio la trouva pâle, les yeux fermés, respirant avec peine, ayant le pouls lent et vibrant, et les facultés locomotives et intellectuelles anéanties. Il apprit que, la nuit précédente, à la suite d'une frayeur, elle avait été prise de frissons, de vomissements et de délire; que depuis quelque temps, la menstruation était supprimée, ce qui fit penser d'abord qu'il pouvait être question d'une affection utérine agissant par sympathie sur le cerveau. Sangsues au haut des cuisses, bain de siége émollient. Le lendemain, yeux fixes et scintillants, pupille dilatée, visage animé, langue chargée et rouge sur les bords, pouls lent et dur, urines chargées, délire loquace et agité; la nuit précédente, la malade avait tenté de fuir. Un moment de lucidité s'étant présenté au moment où le médecin était auprès de la malade, elle accusa une douleur très-vive au front. La méningite ne paraissant plus douteuse, on pratiqua une large saignée; nombreuses ventouses scarifiées au cou et aux épaules, vésicatoires volants aux bras et aux jambes, un purgatif avec l'huile de ricin. Quelque amélioration; mais, le soir, le délire et les autres symptômes recommencèrent, accompagnés de déjections alvines et urinaires. On s'aperçut le lendemain que la teigne avait disparu. Même traitement, et, de plus, tisane avec le tartre stibié et application d'un vésicatoire sur le sommet de la tête. Le septième jour, aux autres symptômes se joignit de la dysphagie et un gonflement extérieur du cou, qui cédèrent à une application de sangsues et de la pommade de Belladone. Ce n'est que vers le quatorzième jour que la fièvre cessa et que la malade reprit l'usage de ses sens, n'accusant plus qu'une grande faiblesse et un peu de trouble dans les idées. Mais, deux jours après, nouveau frisson, fièvre, perte des facultés intellectuelles, violent délire; enfin, réapparition de tout le cortége des symptômes rapportés plus haut. Le même traitement fut employé jusqu'au vingt-septième jour, où tous les signes d'une mort très-prochaine vinrent détruire tout reste d'espérance.

Tout à coup la malade se mit à tousser et finit par rendre par expectoration un pus blanchâtre qui détermina une amélioration notable et rendit à la malade toute sa connaissance. L'expectoration dura deux jours et fut remplacée par de violentes douleurs de ventre et une tension douloureuse de cette région (que l'auteur attribue à une métastase de la matière de la teigne qui n'avait pas pu être rendue par l'expectoration). Fomentations froides sur l'épigastre, belladone et jusquiame à l'intérieur. Guérison.

(*Filiatre Sebegio.*)

Cette observation, incomplète au moins sous le rapport de cette espèce de vomique qui jugea la maladie, présente un de ces cas très-ordinaires de révulsion naturelle. On voit en effet tous les jours, pendant l'existence d'une maladie aiguë, se dissiper une éruption chronique, le plus souvent pour reparaître immédiatement après la disparition de l'affection intercurrente. Avant même de discuter la question si grave d'une métastase, il aurait fallu établir positivement la nature de la maladie, les conditions de disparition de la *teigne furfuracée*, etc. Ajoutons que, dans tous les cas, rien n'autorise aujourd'hui à admettre le *transport de la matière de la teigne*.

TRAITEMENT DES NŒVI CHEZ LES ENFANTS.

Après avoir tenté une foule de remèdes, le docteur Sigismond n'en a pas trouvé de plus puissant que l'acétate de plomb pour faire diminuer et même disparaître ces tumeurs vasculaires chez les enfants, lorsqu'elles n'excèdent pas la grosseur d'une noisette. On sait que ce genre d'altération a son siége principalement à la face et plus particulièrement à la lèvre inférieure; aussi une opération peut-elle donner lieu à une difformité irrémédiable. Quant à l'acupuncture recommandée par Lallemand et à la compression, elles sont rarement suivies de succès. Si les tumeurs sont d'un petit volume, non pulsatives, on obtient d'excellents résultats de l'acétate de plomb employé en fomentations froides, ou au moyen de petites compresses qu'on en imbibe et que l'on renouvelle deux fois par jour. Cette substance détermine la séparation de l'épiderme, qui se fendille, tombe et laisse à nu la surface du nœxus, qui doit être traité de la même manière. L'auteur de cette méthode est parvenu à faire disparaître de petits nœvi en cinq semaines.

(*British and Foreing Medical Review.*)

INOCULATION DES PUSTULES PRODUITES PAR LE TARTRE STIBIÉ.

Nous appelons l'attention des dermatologistes sur un fait qui, tout singulier qu'il paraisse, mérite quelque attention. Le docteur Lichtenstein, après avoir expérimenté l'inoculation de la matière extraite de diverses espèces de pustules, a trouvé que la lymphe bien limpide que l'on retirait des pustules produites par l'application du tartre stibié sur la peau, déterminait, à la suite de l'inoculation chez des personnes qui n'avaient pas été vacci-

nées, des pustules qu'il était impossible de distinguer de celles de la vaccine vraie. Ces pustules semblent jouir, comme ces dernières, de la faculté préservative contre la variole; elles sont susceptibles de se transmettre d'un individu à un autre, en produisant toujours des pustules semblables aux vaccinales, et s'accompagnent aussi des mêmes symptômes généraux.

L'auteur prétend avoir vacciné 31 individus avec la matière des pustules produites par le tartre stibié, et il ajoute qu'ils se sont trouvés en relation très-directe avec des varioleux pendant une épidémie assez meurtrière, sans avoir en aucun cas contracté la variole.

(*Hufeland's Journal.*)

HYDROPHOBIE SUPPOSÉE PAR RÉTROCESSION DE LA GALE.

Une jeune bohémienne, âgé de 26 ans, d'un tempérament nerveux, et sujette à des attaques d'hystérie à ses époques menstruelles, contracta la gale. Les bains tièdes n'ayant produit aucune amélioration, le traitement hydrothérapique de Priestnitz fut, à ce qu'il paraît, plus efficace, car au bout d'un mois la maladie avait disparu. Mais bientôt on vit la malade tomber dans la tristesse, chercher la solitude, se plaindre de palpitations de cœur, présenter des convulsions des muscles de l'orbite, offrir une physionomie maladive, et, enfin, manifester cette horreur de l'eau qui caractérise l'hydrophobie. Il y avait soif, douleur le long de l'épine dorsale, embarras de la parole, insomnie. Après s'être assuré que la malade n'avait pas été mordue par un animal enragé, le médecin crut devoir rapporter l'hydrophobie à une métastase de la gale sur la moëlle épinière et ses membranes, et prescrivit à l'intérieur le soufre mêlé au camphre, dans la vue, sans doute, de faire sortir de nouveau l'affection psorique. Il y joignit cependant l'usage de bains salés, des ventouses, des frictions avec la pommade stibiée le long de l'épine, etc., etc., etc.

La femme se rétablit en peu de semaines.

On est étonné d'entendre encore parler de rétrocession de la gale, aujourd'hui que la cause de cette maladie toute locale est bien connue. Ce fait me rappelle une époque qui n'est pas encore très-éloignée, où l'on a cherché à faire contracter la gale à des aliénés, chez lesquels on supposait que la rétrocession de cette maladie avait pu avoir une influence sur la production de la folie. Faut-il ajouter que tous ces essais ont échoué?

On ne doit voir, sans doute, dans les symptômes alarmants que présenta cette maladie si étrange, autre chose que l'expression d'une de ces formes bizarres que peut revêtir l'hystérie. Peut-être auraient-ils disparu d'eux-mêmes sans le traitement assez énergique qu'on a fait subir à la malade.

(*Oest. Wocheusch. and Med. Veitung.* 1843).

TRAITEMENT DE LA GALE EN PRUSSE.

Le traitement de la gale a été l'objet de nombreuses expériences dans tous les pays; voici le résultat de celles qui ont été faites à l'hôpital de Berlin, et qui paraissent établir une supériorité assez marquée en faveur du traitement adopté, traitement qui, comme on va le voir, offre une assez grande analogie avec celui qui est employé en Angleterre.

Le remède est composé de soufre et du liniment savonneux de la pharmacopée militaire de Prusse (fleurs de soufre, une partie; savon, deux parties, mêlées ensemble au moyen de suffisante quantité d'eau chaude, de manière à former une pommade molle). Après un bain savonneux, les malades entrent nus dans une salle dont la température est maintenue constamment à 22 degrés Réaumur, et où ils se frottent trois fois par jour avec la pommade indiquée, toutes les parties qui offrent des traces de l'éruption; ensuite on les place dans des lits très-chauds, dans le but d'exciter chez eux une sueur abondante. Cette méthode est continuée pendant trois jours et trois nuits consécutifs. Le matin du quatrième jours on fait prendre aux malades un bain chaud, et s'ils n'en sortent pas parfaitement guéris, on leur donne un nouveau lit et de nouveau linge, et on les tient à la température ordinaire dans une salle commune où ils se frottent de nouveau avec la même pommade; puis on leur fait prendre un autre bain chaud le jour suivant. En général on n'administre aucun médicament interne, et on donne pour aliments le quart de portion, et pour boisson de l'eau pure.

1981 individus ont pu être traités par cette méthode pendant l'espace de six mois, et en réduisant à 15,890 le nombre de journées qu'ils ont employées, on trouve pour moyenne de la durée du traitement par chaque malade, 8 jours et quelques fractions, et pour la dépense nécessaire à chacun, deux dollars.

32	malades	furent	guéris	en 3	jours	
161	—	—	—	en 4	—	
333	—	—	—	en 5	—	
376	—	—	—	en 6	—	
207	—	—	—	en 7	—	
857	—	—	—	en 7	—	et plus.

Chez la majeure partie de ces derniers, la gale disparut très-rapidement, mais on dut, chez certains d'entre eux, continuer le traitement d'ulcères survenus par suite de la prolongation de la maladie, et, chez d'autres, des maladies étrangères et diverses circonstances retardèrent la guérison; de telle sorte que dans le calcul on aurait pu diminuer encore le nombre des jours employés pour la disparition de la gale elle-même. Dans l'espace de quinze mois on ne constata que huit récidives, et parmi celles-ci il y en eut qui eussent pu être considérées à bon droit comme de nouvelles infections. D'autres cas où il y avait apparence de rechute véritable, n'étaient certainement que des eczémas provenant de l'usage du soufre qui avait agi comme stimulant sur la peau. Chez aucun individu, ce mode de traitement ne détermina de trouble général dans les fonctions, on ne donna lieu à ces inflammations et à ces congestions que l'on a prétendu être produites par la méthode prussienne.

(*Medicinische Zeitung.*)

Ce traitement de la gale n'a, comme on le voit, rien de nouveau, et présente de l'analogie avec beaucoup d'autres, et notamment avec celui qui, depuis un grand nombre d'années, était employé à l'hôpital Saint-Louis, et qu'après un grand nombre d'essais, Biett avait préféré; je veux parler des frictions sulfuro-alcalines, suivant la méthode d'Helmerich. — Cependant il y a ici une modification qui n'est pas sans importance : c'est la friction faite plusieurs fois par jour, dans une température élevée et constamment la même, et le soin que l'on a d'exciter la sueur dans des lits très-chauds. — Il y a, dans cette manière de faire, du bon et du mauvais. Le bon consiste dans la discontinuité du traitement; le mauvais, si je puis dire ainsi, dans la multiplicité des frictions; aussi signale-t-on des accidents fréquents à la peau, accidents qui constituent des complications de la maladie, mais qui appartiennent bien un peu aussi à la nature des frictions elles-mêmes. Enfin, on peut espérer une moyenne moindre que 8 jours et quelques fractions. — Pour mon compte, après plusieurs essais, j'ai substitué aux frictions des lotions qui me donnent une moyenne plus courte, et qui sera abrégée de beaucoup, j'en suis sûr, si je parviens aussi à faire suivre un traitement dans des conditions de température et de discontinuité de soins analogues à ceux qui font partie du traitement de la gale en Prusse. Qu'il me soit permis dès à présent de présenter quelques considérations qui viendront à l'appui de ce que j'avance.

Qu'il me soit permis, dès à présent, de présenter quelques considérations qui viendront à l'appui de ce que j'avance.

Frappé, comme je l'ai déjà dit, des inconvénients que présentait l'usage des pomades dans les traitement de la gale, j'ai cherché dans un autre ordre de moyens des éléments de succès plus sûrs, en même temps que des garanties contre ces mêmes inconvénients dont l'expérience avait démontré la gravité réelle; je demandai ces résultats aux lotions. Je marchais dans une voie toute nouvelle, et ne pouvais espérer arriver au mieux que par une suite d'expérimentations. Je vais présenter ici sommairement la série d'épreuves que j'ai tentées et les succès divers que j'ai obtenus.

1°

Lotions aromatiques.

℞ Thym.	90	grammes.
Eau bouillante. . . .	1,000	»

La moyenne de la durée du traitement a été de 12 à 14 jours.

2°

Lotions aromatiques acides.

Thym.	60	grammes.
Eau bouillante. . .	1,000	»
Passez et ajoutez :		
Vinaigre.	250	»

La moyenne a été de 15 jours.

3°

Lotions aromatiques alcoolisées.

N° 1.

℞ Thym.	60	grammes.
Eau bouillante. . .	1,000	»
Passez et ajoutez :		
Alcool à 32° . . .	200	»

La moyenne a été de 10 à 12 jours.

4°

Lotions chlorurées.

℞ Chlorure de soude. . .	Parties égales.
Eau.	

La moyenne a été de 12 jours.

5°

Lotions acides alcoolisées.

℞ Alcool à 32°. . . .	à. à.	500 grammes.
Vinaigre.		
Acide sulfurique . . .	125	»
Eau.	4	litres.

La moyenne a été de 12 jours.

6°

Lotions acides camphrées.

℞ Camphre.	15	grammes.
Vinaigre blanc. . . .	1	litre.

La moyenne a été de 12 jours.

7°

Lotions aromatiques alcoolisées.

N° 2.

Menthe poivrée. . .		
Romarin.		
Thym.	à. à.	250 grammes.
Sauge.		
Lavande.		
Alcool à 32°.	4	litres.
Eau.	2	litres 1/2.

Inciser les plantes, les faire macérer dans l'alcool et l'eau pendant 10 jours, filtrer et conserver cette teinture, que l'on étendra de six fois son poids d'eau pour l'usage.

La moyenne a été de 10 à 12 jours.

8°

Lotions aromatiques alcoolisées.

N° 3.

℞ Essences de menthe. . .		
» de romarin. . .	à. à.	4 grains.
» de lavande. . .		
» de citron. . . .		
Alcool à 32°.	1,000	grains.
Infusion légère de thym.	5	litres.

La moyenne a été de 8 jours.

Il a fallu abandonner ces lotions, qui revenaient à un trop haut prix pour les hôpitaux.

9°

Lotions iodurées.

℞ Iodure de potassium. .	8	grammes.
Iode.	2	»
Eau.	1,000	»

La moyenne a été de 9 jours.

10°

Lotions d'iodure de soufre.

℞ Iodure de soufre. . . .	15	grammes.
Eau.	1	litre.

La moyenne a été de 8 jours.

11°

Lotions d'iodure de soufre ioduré.

℞ Iodure de soufre.	6	grammes.
Iodure de potassium. . .	6	»
Eau.	1	litre.

J'ai fait ajouter de l'iodure de potassium pour rendre l'iodure de soufre plus soluble.

La moyenne a été de 6 et 7 jours.

C'est à cette dernière lotion que je me suis arrêté, et je l'ai employée depuis avec des résultats constamment identiques. M. Soubeiran a analysé cette solution, et il aurait remarqué que l'iodure de soufre le décomposait et qu'il ne restait réellement qu'un iodure de potassium avec addition d'iode.

Je ne veux pas contester cette analyse. Reste-t-il, contrairement à l'opinion absolue de M. Soubeiran, un peu d'iodure de soufre en suspension ! c'est ce que je ne veux pas affirmer ; mais ce qu'il faut constater avec soin, c'est que j'ai obtenu une moyenne de 6 à 7 jours, quand il y avait addition d'iodure de soufre, et que je n'ai eu qu'une moyenne de 9 jours avec les lotions à l'iodure de potassium avec addition d'iode.

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

1re ANNÉE. — 1er VOLUME. — N° 8. — MARS 1844.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR LES DIVERSES ESPÈCES D'ALOPÉCIE.

Depuis longtemps déjà, l'histoire anatomique des poils a été l'objet d'études remarquables. Meckel, Mayer, Bichat, Gauthier, Cuvier, Béclard, Rudolphi, MM. de Blainville, Andral, Shaw et Vrolik, ont fait sur ces annexes de la peau, des travaux d'une grande valeur; en même temps d'autres anatomistes, s'aidant du microscope, étudièrent ces points encore obscurs de la science. Les travaux entrepris dans cette direction commencent à Fontana, Panaroli, Borelli, qui écrivaient au milieu du dix-septième siècle. Par une série non interrompue de publications on arrive au mémoire intéressant de M. Mandl (*Archives de Médecine*, 1840, tome VII, et *Anatomie microscopique*, quatrième fascicule) et à celui de M. Olivier d'Angers. (*Dictionnaire de Médecine*, 2e éd., art. *Poils*). Jusqu'à M. Mandl, il est facile de voir que tous les anatomistes, ceux qui ont examiné à l'œil nu, comme ceux qui ont employé le microscope, varient d'opinion sur des points plus ou moins essentiels, relatifs à ces organes, sur le siége du bulbe, sur sa structure, sur la manière dont les nerfs, les veines et les artères s'y distribuent, sur le follicule et les rapports qu'il affecte avec le bulbe; enfin l'unanimité est loin de se présenter aussi dans les opinions émises sur le conduit pilifère, sur son trajet. Il faut se borner à indiquer sommairement ces travaux anatomiques qui, quelles que soient leur portée et leur tendance, considèrent le cheveu comme une matière sécrétée. Il vit tant qu'il entretient des rapports avec une partie organisée, le follicule et le conduit. Matière cornée et inorganique, pour ainsi dire, il ne jouit plus de la vie dès qu'il a franchi le conduit pilifère. Pour M. Mandl le poil est un organe qui, outre ses rapports de vitalité avec le follicule et le conduit, a une organisation particulière qui le rend propre à réparer les pertes de substance produites à son extrémité par les ciseaux ou le rasoir.

Si l'on n'est pas complétement d'accord sur l'organisation intime des poils, on s'explique facilement les contradictions sur ce point minutieux qui échappe à l'investigation microscopique; mais il n'est pas moins vrai de dire que la science possède aujourd'hui des données anatomiques positives sur ces annexes de la peau.

Il n'en est pas tout à fait de même des altérations pathologiques qui peuvent modifier leur sécrétion : je veux m'occuper ici d'une des plus communes, de celle qui a

dû être et qui a été en effet connue de tous les temps, que l'on trouve sinon décrite, au moins signalée à toutes les époques ; je veux dire la chute ou l'absence des poils ou cheveux, chute ou absence qui a reçu plusieurs dénominations, mais qui est généralement désignée sous le nom d'alopécie.

L'appareil pileux se compose : 1° d'une espèce de capsule, d'un renflement, d'un bulbe, en un mot, situé, en général assez profondément dans l'épaisseur de la peau, le plus souvent dans les couches cellulaires et graisseuses sous-dermoïdes ; 2° d'une tige pilaire. Cette tige est divisée elle-même en deux portions bien différentes : l'une interne, comprise entre le bulbe au centre duquel elle adhère, et le point de sortie, où elle traverse les téguments ; elle est accompagnée dans ce trajet variable, que Bichat a dit pouvoir être de 4 à 5 lignes, par un conduit formé de matière épidermique, et peut-être aussi d'un prolongement de cette espèce de bourgeon qui forme le fond du bulbe ; l'autre externe, ou le poil, tout à fait libre, se présente au dehors avec ses variétés de longueur, de couleur, de grosseur, de consistance, sur l'appréciation desquelles il est inutile de m'arrêter ici. Enfin, au point de sortie, là où le poil devient libre, il cesse d'être entouré par le conduit protecteur que je viens de décrire, et qui vient se perdre et se confondre avec le reste de l'épiderme cutané. A ce point aussi le poil est environné de petites glandes que l'on a appelées sébacées, mais dont la nature ou au moins le rôle ne me paraît pas avoir été jusqu'alors exactement apprécié. J'y reviendrai plus tard à propos d'un travail sur le siége du porrigo.

Ce poil peut, sous l'influence d'une foule de causes opposées, cesser de paraître, d'exister ; c'est ce qui constitue l'alopécie : mais il résulte de cette diversité de causes, que l'alopécie peut être de plusieurs espèces, et la plupart sont autant de maladies différentes, au moins au point de vue du pronostic et du traitement. Aux unes, il n'y a rien à faire ; aux autres, il faut opposer un traitement général ; quelques-unes, au contraire, réclament des moyens locaux, et enfin ce traitement local est loin de devoir être dirigé d'après les mêmes indications, car tel convient absolument à telle espèce d'alopécie, qui augmente et aggrave nécessairement telle autre. C'est en rapprochant les faits pathologiques des observations empruntées à l'anatomie, que l'on peut parvenir à établir des divisions précises dans lesquelles se rangeront les diverses espèces d'alopécie, divisions qui correspondront et à la nature de la lésion, et à son siége, qui conduiront enfin à une thérapeutique rationnelle et appropriée (1).

L'alopécie, qui prend son point de départ dans une altération matérielle du bulbe, est un accident qu'il faut regarder comme très-rare, en ce sens du moins qu'elle se présente dans une étendue assez grande pour constituer une maladie, ou si l'on veut pour attirer l'attention ; car au contraire il n'y a pas de cuir chevelu peut-être qui, rasé, ne laisse voir çà et là des places blanches dont la décoloration contraste avec la teinte d'un bleu grisâtre du reste des téguments du crâne : ces points décolorés sont des indices évidents de la destruction ou de l'atrophie du bulbe, soit que congénitalement, il n'y ait pas eu de cheveux, soit que, dans le jeune âge, des inflammations partielles, même non spéciales du cuir chevelu, aient, par leur persistance, détruit ou oblitéré le conduit pilifère et, par suite, déterminé l'atrophie du bulbe ; soit qu'une portion plus ou moins étendue du cuir chevelu ait été détruite accidentellement par une plaie. Si l'on retranche ces circonstances tout exceptionnelles, l'alopécie tant soit peu étendue, résultant de la destruction ou de l'atrophie du bulbe, est, je le répète, un accident excessivement rare. Elle devra constituer la première classe ; elle a pour caractère l'incurabilité.

Cette classe comprend l'alopécie congénitale et l'alopécie sénile.

Le défaut absolu du développement des poils n'existe pas, et dans les exemples que la science possède d'individus qui n'avaient pas de cheveux, il est permis d'expliquer ces faits plutôt par un défaut de sécrétion, ou par une sécrétion incomplète que par l'absence absolue de bulbes, au moins dans tous les points : là où existent ordinai-

(1) L'alopécie ou la perte des cheveux a été appréciée dans tous les temps par les médecins, et même en dehors des travaux pathologiques. L'histoire signale un grand nombre de faits qui démontrent que l'on regardait une belle chevelure comme l'apanage de la force et de la santé. Chez les anciens, la valeur des esclaves était réglée en partie par l'abondance et la beauté de la chevelure.

rement des cheveux et des poils, on trouve presque partout un duvet léger ; cependant il faut ajouter que ce duvet lui-même est très-rare, ce qui démontre qu'outre la lésion de sécrétion, il y a atrophie de bulbes, mais seulement dans quelques points.

C'est encore à une véritable atrophie du bulbe, résultat de l'oblitération du canal pilifère (1), qu'il faut attribuer la chute sénile des cheveux, chute qui a lieu lentement, d'une manière progressive, qui a enfin pour caractère de se manifester sans altération locale apparente, et de ne pouvoir jamais être réparée par le retour de cheveux nouveaux.

La seconde classe, plus importante, comprendra les diverses alopécies qui ont lieu sans altération matérielle du bulbe et sans symptôme local appréciable du cuir chevelu, caractères importants qui se traduisent, l'un par la simple inspection, l'autre par la reproduction constante du poil ou du cheveu, après un temps plus ou moins long. C'est l'alopécie par défaut de sécrétion.

A cette classe, appartiennent les alopécies les plus fréquentes, et celles qui ont toujours le plus fixé l'attention des médecins. Et d'abord c'est à un simple défaut de sécrétion qu'il faut attribuer ces alopécies, si communes après certaines fièvres, après la variole, dans la phthisie et, en général, à la suite des maladies graves. C'est dans cette division qu'il faut grouper ces alopécies survenues au milieu de la misère, pendant un long séjour dans les prisons, après les causes prolongées d'épuisement et de fatigue : c'est enfin dans cette classe qu'il faut ranger ces chutes de cheveux que provoquent de longs travaux, les émotions morales. Ces dernières cependant se rapprochent plus de l'alopécie sénile, et plus ou moins longtemps d'avance, elles sont annoncées par la canitie.

Les auteurs de la fin du seizième siècle, et ceux du commencement du dix-septième ont les premiers signalé d'une manière formelle l'alopécie comme symptôme de la syphilis. Comme tous les accidents qui révèlent l'empoisonnement syphilitique, l'alopécie a été, depuis, l'objet de controverses nombreuses et d'interprétations opposées. Les uns l'ont rejetée absolument; les autres l'ont admise, mais à la condition expresse de l'existence actuelle d'une éruption spéciale, opinion encore formulée de nos jours ; d'autres enfin l'ont regardée comme le résultat de l'administration du mercure. Cette dernière hypothèse, qu'il faut renvoyer à l'époque où le mercure était devenu responsable de tous les accidents qui affectaient les individus atteints de syphilis, est aujourd'hui généralement abandonnée. Il suffisait, en effet, pour la détruire, de signaler des cas où des individus avaient présenté les phénomènes d'alopécie syphilitique, sans avoir pris de mercure ; or cela était facile à constater et les exemples ne manquaient pas.

Il n'est pas douteux en effet qu'il y ait une alopécie syphilitique ; et ici je ne parle pas de la chute des cheveux survenant chez les personnes atteintes actuellement d'une éruption vénérienne de forme tuberculeuse ou autre, siégeant au cuir chevelu ; car, dans ce cas, comme nous le verrons à propos des alopécies de la classe suivante, il n'y a pas de raison pour attribuer la chute des cheveux à la *nature* de la maladie, plutôt qu'à une cause matérielle locale, à la présence des tubercules ou des pustules. Je le répète, l'alopécie peut survenir sans éruption concomitante, sans exfoliation farineuse (et même l'absence d'exfoliation est ici un caractère distinctif) chez les individus qui ont été atteints de syphilis. Véritable symptôme secondaire, ce phénomène constitue ce qu'il faut appeler l'alopécie syphilitique. Elle est loin d'être aussi rare que le disent la plupart des auteurs, et M. Lagneau lui-même ; je l'ai rencontrée souvent, au contraire, et je ne saurais trop insister sur ce point, sans complication de syphilide du cuir chevelu. S'il fallait la soumettre nécessairement à cette dernière condition, elle constituerait mieux encore un fait des plus communs, à raison de la fréquence même des éruptions vénériennes de cette région. J'en citerai entre autres un exemple assez remarquable, recueilli dans ma pratique et qui m'a été présenté par un homme de

(1) Cette alopécie a été parfaitement décrite par Bichat, qui, pour établir la différence qui existe entre la chute des poils chez les vieillards et celle qui suit les maladies, assure que dans le premier cas, le cheveu s'atrophie parce que les vaisseaux qui viennent s'y ramifier, cessent de lui apporter leurs fluides, tandis que dans le second, le poil seul tombe, le sac reste.

trente ans, auquel j'ai donné des soins avec feu Cullerier, pour une orchite blennorrhagique. Au bout de quatre mois et sans apparition d'aucun autre phénomène secondaire, le malade perdit complétement ses cheveux, d'ailleurs noirs et forts : les sourcils restèrent longtemps dégarnis ; la tête ne cessa de se dégarnir qu'aux régions temporales. L'orchite elle-même dura fort longtemps, ou plutôt, incomplétement guérie et négligée par le malade, elle revint à plusieurs reprises. Dans les premiers temps, elle avait été combattue par les antiphlogistiques et l'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium. Plus tard on eut recours aux frictions mercurielles longtemps continuées, et ce fut à partir de ce moment que les cheveux cessèrent de tomber. J'ai vu, je le répète, un grand nombre de faits analogues, et je me demande encore la raison qui a fait considérer par la plupart des auteurs l'alopécie syphilitique comme un phénomène si rare.

C'est enfin à cette classe qu'il faut rapporter cette alopécie remarquable, accompagnée d'une décoloration de la peau, maladie curieuse qui a été généralement mal appréciée par les auteurs, et dont j'ai déjà eu occasion de parler dans ce recueil sous le nom de *porrigo decalvans* (1).

La troisième classe comprendra aussi un grand nombre d'alopécies ; mais ce sont celles surtout dont le mode de production est le moins connu ; sous plusieurs rapports elles doivent appeler de la part des médecins une attention toute particulière. Ici l'alopécie reconnaît toujours une cause locale, pour ainsi dire mécanique. Les choses toutefois peuvent se passer de manières assez diverses pour qu'il soit possible de ranger ces affections en trois groupes bien distincts.

— Ou bien l'inflammation toute superficielle est bornée au cuir chevelu : non-seulement le bulbe et le conduit pilifère restent intacts, mais le cheveu est sécrété parfaitement sain, et il ne tombe que parce qu'il est coupé pour ainsi dire mécaniquement à sa sortie.

— Ou bien l'inflammation est plus profonde : l'adhérence du cheveu est détruite, et alors l'alopécie peut, dans quelques cas, devenir permanente par destruction du bulbe ou par l'oblitération du conduit, ce qui est d'ailleurs plus rare.

— Ou bien enfin le bulbe est intact, la sécrétion du cheveu est intacte aussi, et cependant il y a alopécie, parceque l'orifice externe est oblitéré, et que le cheveu ne peut plus se faire jour au dehors.

Au premier groupe appartiendra cette alopécie si remarquable de l'herpès tonsurant dont j'ai déjà parlé en le comparant au porrigo decalvans. (Voy. *loco citato.*) Mais les accidents qui s'y rapportent sont surtout le résultat des affections squameuses, de la lèpre, du psoriasis, et en particulier du pytiriasis, qui, sous le nom de *pytiriasis capitis*, résume le point le plus intéressant peut-être de l'histoire de l'alopécie.

Le cuir chevelu est fréquemment le siége d'une inflammation qui se traduit tantôt par une desquammation farineuse plus ou moins abondante, tantôt par des élévations rouges, un peu douloureuses, accompagnées d'une exfoliation légère ; cette inflammation superficielle n'atteint ni le bulbe ni le conduit pilifère, mais le cheveu entouré à sa sortie de tissus enflammés, pressé dans une sorte d'étui squammeux, devenu d'ailleurs sec et cassant, se brise, et bientôt l'alopécie commence, soit spontanément, soit par suite des manœuvres que nécessitent les soins de la toilette. C'est la maladie que l'on désigne sous le nom de *pytiriasis capitis*. On la rencontre souvent dans l'âge adulte ; elle est surtout commune chez les femmes, et il semble qu'elle affecte de préférence celles dont la chevelure est brune, longue et épaisse. On peut d'ailleurs expliquer cette prédilection par l'effet des soins minutieux et répétés qu'exige l'entretien d'une chevelure d'autant plus difficile à soigner qu'elle est plus belle et plus longue. Je l'ai rencontrée souvent chez des femmes qui avaient été tourmentées pendant longtemps de céphalalgies névralgiques. Quoi qu'il en soit, la maladie commence par cette desquammation farineuse qui lui a donné son nom : déjà la malade éprouve une peine extrême à tenir sa tête propre et lisse : elle redouble de soins, et bientôt elle s'aperçoit chaque matin que les cheveux tombent : l'alopécie fait des progrès rapides qu'augmentent les soins minutieux que réclame l'expulsion des pellicules blanchâtres qui couvrent la tête ; bientôt la malade ne peut plus se

(1) Vol. Ier des *Annales des Maladies de la Peau*, *etc.*, page 37.

coiffer sans faire tomber ses cheveux par poignées ; en peu de temps le cuir chevelu, singulièrement dégarni, laisse voir des places entièrement nues, surtout à la partie supérieure et aux endroits qui correspondent aux séparations de la coiffure. Comme l'affection a laissé le bulbe intact, le cheveu repousse, mais souvent pour retomber encore, et du mélange de ces poils courts et fragiles avec le reste de la chevelure, il résulte pour la malade l'impossibilité de se coiffer. Si maintenant nous ajoutons que la desquammation est devenue souvent très-abondante, qu'elle est accompagnée de démangeaisons vives, quelquefois d'un sentiment de chaleur désagréable, nous aurons complété l'histoire d'une maladie qui, sans présenter de gravité réelle, est souvent un véritable supplice, et par le siége qu'elle occupe et surtout par les inconvénients qui résultent de cette alopécie.

Toutes les affections aiguës du cuir chevelu, depuis l'érythème, l'érysipèle, l'eczéma, jusqu'à l'impetigo, peuvent produire les alopécies qui appartiendront au deuxième groupe. Dans toutes ces formes, l'inflammation peut pénétrer le conduit pilifère et affecter plus ou moins profondément la capsule. Mais c'est surtout après l'impetigo que l'on observe des alopécies, toujours partielles d'ailleurs. Ainsi il n'est pas rare de voir chez les enfants un *galon* persister pendant longtemps, et laisser à sa chute une place dégarnie, sur laquelle il repousse quelquefois des cheveux plus rares, mais aussi sur laquelle il peut n'en repousser jamais. Ce sont ces cas dont j'ai parlé plus haut à propos de certaines alopécies de la première classe. On peut signaler quelque chose d'analogue dans certains eczémas. Ainsi on voit fréquemment les squammes les plus épaisses de cette éruption entraîner avec elle plusieurs cheveux détachés. Mais ici l'alopécie n'est que passagère, car les squammes de l'eczéma sont trop minces le plus souvent, et surtout trop peu adhérentes, pour permettre les désordres plus sérieux que l'on observe quelquefois sous les croûtes de l'impetigo, qui, sous la forme de galons, sont quelquefois abandonnées indéfiniment à elles-mêmes. En un mot, l'alopécie produite par les éruptions aiguës, rangées dans ce second groupe, est en général très-passagère, et ce n'est que par exception que le bulbe est détruit, ou le conduit oblitéré.

C'est à cette catégorie qu'il faut rapporter l'alopécie produite par les éruptions syphilitiques, alopécie dans laquelle la nature spéciale de l'éruption peut être considérée à la rigueur comme étant sans influence sur la chute du cheveu, surtout comparée à la véritable alopécie syphilitique, sans éruption au cuir chevelu.

Enfin, le troisième groupe comprendra l'alopécie par obstacle à la sortie du cheveu. Cette forme, bien remarquable, est le résultat du porrigo, de la teigne faveuse ; et, bien que je doive plus tard revenir sur ce sujet important, je dois cependant relater ici les caractères de cette alopécie que l'on peut appeler spéciale. A la suite de la teigne faveuse, dont le siége est évidemment à l'extrémité du conduit pilifère, il arrive souvent que dans une grande étendue, la peau présente un aspect blanc, luisant, sans ouvertures folliculeuses, sans cheveux, si ce n'est quelques-uns, qui apparaissent çà et là, grêles et perçant comme avec peine cette surface toute particulière. Ce n'est pas, à proprement parler, une cicatrice, mais comme un tissu nouveau, aminci, décoloré, et ayant, par suite de l'oblitération des orifices sébacés, perdu son poli normal. Si, sous l'influence du porrigo, les conduits ont été oblitérés, le bulbe lui-même n'a pas été détruit. Ainsi on distingue facilement à la loupe, et même à l'œil nu, le poil qui sous cette *espèce de cicatrice* transparente, vient aboutir à plusieurs endroits de l'enveloppe extérieure qu'il ne peut plus percer, et sous laquelle on le voit ramper, et quelquefois se replier sur lui-même, jusqu'à ce qu'il s'atrophie, et avec lui le bulbe lui-même. L'alopécie est donc due ici à un obstacle mécanique, et l'étude de cet état comparatif de la peau, du bulbe et du poil, peut, comme nous le verrons plus tard, servir à résoudre les questions qui se rattachent au siége et à la nature du *porrigo favosa*.

Telles sont les diverses espèces d'alopécies, et ces divisions une fois admises, on peut, comme nous allons voir, y rattacher quelques préceptes généraux de diagnostic et de traitement.

L'alopécie peut avoir pour siége toutes les parties velues. On l'observe plus particulièrement au cuir chevelu, aux sourcils,

aux paupières, à la barbe et aux parties génitales chez l'homme ; chez la femme, elle est surtout très-fréquente au cuir chevelu. Il y a d'ailleurs quelques différences importantes, sous ce rapport, à établir suivant les espèces. Ainsi le *vitiligo*, ou alopécie avec décoloration de la peau, est plus commun chez l'homme dans la barbe et aux parties génitales ; au cuir chevelu, où il prend le nom de *porrigo decalvans*, on le retrouve peut-être plus fréquemment chez la femme. L'*alopécie syphilitique* peut occuper tous les points du système pileux, et le cas curieux d'alopécie générale, rapporté par Pierre Franck, peut lui appartenir : toutefois, elle est de beaucoup plus commune au cuir chevelu et aux sourcils. C'est encore sur ces points que l'on observe de préférence l'alopécie produite par le pytiriasis, maladie si commune chez les femmes, et surtout chez celles qui, comme je l'ai déjà dit, ont la chevelure la plus belle et la plus épaisse. Je l'ai vue chez une jeune fille persister exclusivement aux sourcils avec une opiniâtreté désolante. Cette alopécie si grave, qui suit le porrigo, ne se montre jamais qu'à la tête ; les plaques faveuses les plus épaisses ne déterminent jamais rien de semblable sur les autres points de la surface du corps.

L'alopécie se comporte différemment aussi, soit dans ses progrès, soit dans sa période de réparation, si je puis dire ainsi, suivant la cause qui l'a produite. Ainsi dans l'alopécie sénile, les cheveux blanchissent avant de tomber ; leur chute est partielle et lente ; ce sont des points qui se dégarnissent, et il y a, pour ainsi dire, lieux d'élection. Ainsi c'est le sommet de la tête d'abord, puis la partie antérieure et supérieure du crâne qui se dépouillent progressivement ; cette forme d'alopécie est surtout plus lente chez les femmes. On observe d'ailleurs la même série de phénomènes, dans les cas que l'on pourrait appeler d'alopécie sénile prématurée, chez les individus épuisés par les veilles, par les émotions morales vives et prolongées : au contraire, les cheveux tombent en masse à la suite des couches, après les maladies longues et graves. Dans ces cas, ils peuvent repousser aussi forts et aussi épais qu'auparavant ; leur retour est plus ou moins prompt, suivant une foule de circonstances accessoires.

Les cheveux se flétrissent et deviennent ternes avant de tomber, dans l'alopécie syphilitique ; leur chute est partielle, lente, mais continue ; ils repoussent difficilement, et ne reviennent que rarement aussi beaux et aussi épais qu'ils étaient auparavant. On comprend d'ailleurs que leur reproduction est soumise à plusieurs conditions accessoires, à l'âge de l'individu, à la multiplicité des affections concomitantes. Dans les maladies aiguës superficielles du cuir chevelu, l'alopécie est toute passagère, et bornée ordinairement à des points restreints. Dans le vitiligo, les cheveux repoussent très-lentement ; ils sont longtemps annoncés d'avance par un duvet lanugineux, qui devient de plus en plus fort. Mais dans le plus grand nombre des cas, après plusieurs mois, quelquefois une année entière, ils reviennent aussi beaux, aussi fournis qu'ils étaient. Cela est surtout applicable au vitiligo du cuir chevelu ; car pour la barbe et les parties génitales, les poils repoussent plus difficilement et plus rares ; dans quelques cas, je les ai vus repousser et rester blancs. Dans le *pytiriasis capitis*, les cheveux repoussent et retombent ordinairement avec une facilité incroyable. Ils sont souvent arrachés pendant la toilette par les petites squammes, qui les entraînent avec elles ; mais à peine l'éruption a-t-elle disparu, qu'on les voit repousser avec tout leur éclat et toute leur épaisseur. On comprend cela parfaitement, si l'on se rappelle que le poil n'est pas altéré dans sa sécrétion, mais seulement détruit, brisé plutôt à sa sortie. Enfin l'alopécie qui suit l'atrophie du bulbe, l'oblitération du conduit pilifère est évidemment incurable : il en faut dire autant de celle qui succède au *porrigo favosa*.

Il est facile de comprendre que l'alopécie devra, dans une foule de circonstances, réclamer un traitement différent ; il importe donc, avant tout, de bien établir le diagnostic de telle ou telle espèce. Le plus souvent, il ne présente aucune difficulté : ainsi il faut d'abord reconnaître si la peau est ou n'est pas malade. Si la chute du poil concorde avec un état sain du tégument, c'est dans l'état général du malade qu'il faut aller chercher la cause de l'alopécie (je laisse de côté, bien entendu, l'alopécie congénitale, et l'alopécie sénile). Or, la connaissance le plus souvent facile des an-

técédents dévoilera la nature de la maladie, si même le diagnostic n'est pas rendu plus facile dans quelques cas par la présence de quelques symptômes concomitants, ainsi par l'existence de certaines éruptions, de douleurs ostéocopes, et dans l'alopécie syphilitique. Si, au contraire, il y a une affection du cuir chevelu, le diagnostic ne peut plus alors présenter de doute : c'est à l'éruption qu'il faut avoir surtout égard, et on ne devra considérer l'alopécie que comme un résultat qui disparaîtra de lui-même, quand on aura fait cesser la cause qui le produit.

Tels sont les principes qui doivent, selon moi, servir de guide dans l'appréciation de la valeur des diverses alopécies et conduire au choix d'un traitement rationnel et approprié.

Ainsi, pour les alopécies qui appartiennent à la première classe, aux alopécies par atrophie ou destruction du bulbe, il n'y a évidemment rien à faire.

Quant à celles qui, rangées dans la deuxième classe, sont le résultat d'un défaut de sécrétion, l'expression d'un état général particulier, elles réclament deux modes de traitement : un traitement général et un traitement local. C'est dans ces cas qu'il est exclusivement avantageux de raser à plusieurs reprises le cuir chevelu. Ici l'action du rasoir détermine une excitation locale très-utile, en même temps qu'elle active les fonctions de sécrétion. Dans les alopécies qui surviennent à la suite des couches, après les maladies longues, après les causes d'épuisement, il suffit de se borner localement à quelques moyens peu actifs, à des frictions sèches, par exemple. C'est dans les soins que demande l'état général, dans le régime bien entendu, dans tous les moyens capables d'éloigner les causes de débilitation, de favoriser le retour des forces, qu'il faut chercher les moyens de faire cesser l'alopécie; là, le traitement local n'est que secondaire.

Il n'en est pas de même dans les cas d'alopécie avec décoloration de la peau, dans le vitiligo et le porrigo décalvans. Ici, au contraire, le traitement local est tout; c'est alors que sont indiquées les frictions et les lotions stimulantes, vantées d'une manière trop absolue, et dont l'usage intempestif dans d'autres alopécies, n'a fait qu'aggraver la maladie. J'ai déjà indiqué à propos du porrigo decalvans (V. *loco citato*) les moyens qui m'ont le mieux réussi.

Dans l'alopécie syphilitique, c'est encore au traitement général qu'il faut avoir recours pour combattre la chute des poils. Le traitement doit être spécial, et le plus souvent il faut employer le mercure ou l'iodure du potassium.

Enfin, les alopécies que j'ai rangées dans la troisième classe, réclament un traitement approprié aux diverses éruptions. Je dois signaler surtout ici celui qu'il faut employer dans les cas de *pytiriasis capitis*.

L'alopécie est évidemment ici le résultat accidentel de l'inflammation : c'est donc contre cette dernière qu'il faut diriger tous les efforts du traitement. C'est une erreur de croire qu'il faille alors employer des moyens qui tendraient à réveiller l'énergie du bulbe, à activer la sécrétion du cheveu : ces moyens, en favorisant les progrès ou la persistance de l'inflammation, doivent rendre plus rapide et plus abondante la chute des cheveux. L'expérience m'a appris qu'il fallait renoncer à ce mode de traitement, et voici à quelles indications je me suis arrêté.

Le traitement général est borné à l'administration de quelques boissons amères et à l'emploi de légers laxatifs. Localement, je fais faire, selon que l'inflammation est plus ou moins intense, ou des lotions alcalines, ou des lotions émollientes. S'il y a de la chaleur, de la cuisson, si la desquammation est par trop abondante, je fais faire des onctions avec la moelle de bœuf préparée, ou des lotions avec l'eau de son, de laitue. Plus tard, je fais faire, soir et matin, des frictions légères, avec un peu de la pommade suivante :

℞ Sous-borate de soude... de 1 à 2 gr.
Axonge..... de 30 à 40 gr.
Mêlez.

Le matin je fais laver la tête soit avec une lotion émolliente, soit avec la lotion alcaline suivante :

℞ Sous-carbonate de potasse... 4 gr.
Eau distillée..... 500 gr.
Mêlez.

Je prescris en même temps quelques bains tièdes alternés avec des bains alcalins; mais ce qu'il importe surtout d'exiger des malades, c'est de renoncer à toute espèce de coiffure qui tende à serrer ou à tirailler les cheveux.

Je n'entrerai dans aucun détail quant au mode de traitement que peuvent ré-

clamer les diverses éruptions aiguës du cuir chevelu, compliquées d'alopécie passagère. Je dirai seulement, au point de vue de cette alopécie, qu'en général il faut insister localement sur les applications émollientes, pour remplir deux indications principales : combattre l'inflammation, et s'opposer au séjour des croûtes.

Enfin, on comprend tout d'abord que l'alopécie qui suit le porrigo favosa est tout à fait incurable ; je n'en parle ici que parce que son mode de production est une source d'indications précieuses pour le traitement de cette cruelle maladie, indications sur lesquelles je reviendrai d'ailleurs en leur lieu. Qu'il me suffise d'établir *a priori* que la manière dont se fait cette alopécie indique surtout qu'il faut de bonne heure arracher le cheveu, et s'opposer avec une sollicitude infatigable à la persistance des croûtes faveuses.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

(Troisième article.)

VAN-SWIETEN.

L'étude de la syphilis avait pris, dans les premières années du dix-huitième siècle, une importance extrême, non plus seulement à raison de l'intérêt qui s'attachait nécessairement aux questions soulevées par elle, mais aussi à cause du relief que lui donnaient les grands noms inscrits alors au livre de la syphilographie : ainsi, après H. Boerhaave, Astruc; après Astruc, Sanchez ; maintenant nous allons voir l'œuvre si bien commencée par ces maîtres de la science reprise et continuée par Gérard Van-Swieten, ce solide commentateur du brillant professeur de Leyde.

Nous avons vu que Boerhaave avait présenté ses doctrines en matière de syphilis sous deux formes bien distinctes ; déjà nous avons pu étudier la préface de l'*Aphrodisiaque ;* le moment est venu de compléter notre œuvre par l'analyse des commentaires que Van-Swieten a ajoutés aux aphorismes de son maître. Si, dès à présent, nous faisons la part de l'expérience acquise de jour en jour et des découvertes importantes dues à une observation incessante, nous pourrons dire que le disciple s'est montré plus habile syphilographe que le professeur ; qu'il a fait d'une ébauche imparfaite un livre complet, surtout au point de vue pratique ; qu'élargissant le cercle des opinions ou trop générales ou trop restreintes que lui avait léguées son maître, il leur a donné un caractère d'application pathologique dont elles étaient complétement dépourvues.

Les idées fondamentales en matière de syphilographie étaient formulées d'une manière à peu près complète dans le livre d'Astruc, et il aurait fallu alors une grande hardiesse pour toucher à ces principes, sanctionnés par l'adhésion générale. Le moment n'était pas encore venu où des doctrines toutes nouvelles devaient détrôner les théories refaites et rafraîchies qui régnaient alors ; mais nous allons voir cependant que la voie des conquêtes s'ouvrait déjà aux travaux consciencieux des maîtres en syphilographie.

A l'époque où écrivait Van-Swieten (1), la question de l'origine de la syphilis préoccupait vivement les esprits, et le débat avait grandi de toute la hauteur des hommes qui le soutenaient. Si l'importation américaine était encore généralement admise, le doute était déjà permis sur l'authenticité de cette importation ; mais les partisans de l'antiquité absolue des maladies vénériennes ne pouvaient pas lutter contre la séduisante hypothèse mise en avant par Oviedo ; mais Sanchez avait

(1) Gerardi Van-Swieten med. doct. commentaria. in Hermanni Boerhaave aphorismos, *De cognoscendis et curandis morbis.* — Leyde, 1741. T. V. 1740 et seq.

affaibli sa cause par l'étrangeté de ses doctrines et par la supposition de la spontanéité; aussi le disciple de Boerhaave se rangea-t-il de l'avis d'Astruc, sans paraître attacher d'ailleurs, à ce point de controverse, tout l'intérêt qu'il méritait réellement.

Van-Swieten admettait la contagion comme un fait indiscutable; quant aux modes de transmission, il n'avait rien pu ajouter à ce qui avait été dit tant de fois. Sur ce point, et pour les hommes de ce temps, la science n'avait plus de progrès à faire. Au point de vue de la génération, Van Swieten avait, comme ses devanciers, confondu la syphilis congéniale avec la syphilis héréditaire : ainsi il pensait que si l'enfant naissait infecté, cette infection avait lieu dans le ventre de la mère, apportée qu'elle était au fœtus par le venin que charriait le torrent de la circulation. Cependant Van-Swieten a abordé à ce propos une question qui touchait à l'hérédité même, et qui exerçait déjà la sagacité des syphilographes, savoir si le virus communiqué à l'enfant pouvait sommeiller longtemps après la naissance et ne manifester son action qu'à un âge déjà avancé ; mais sur ce point notre auteur s'est renfermé dans un doute prudent, tout en faisant pressentir qu'il ne croyait pas à ce sommeil de la syphilis. On voit tout d'abord que Van-Swieten avait imité son maître dans sa réserve en fait de propositions théoriques sur la nature et le mode d'action de la syphilis. Cette sagesse prouve qu'à mesure que l'on arrivait à des connaissances plus positives en matière de symptomatologie, on sentait de plus en plus le besoin de renoncer à tout ce luxe d'hypothèses, inspirées évidemment par une appréciation exagérée de la maladie elle-même.

On sait qu'à cette époque on admettait généralement l'infection locale d'abord, puis la marche progressive du virus à travers l'économie; Van-Swieten accueillit ces idées, et crut à la localisation comme à une règle applicable à la plupart des cas. Cependant le moment était venu où cette vieille opinion allait fléchir devant l'autorité toute-puissante de l'expérience. La théorie de l'absorption n'avait servi jusque-là qu'à expliquer l'action mécanique et progressive de la matière vénérienne sur l'organisme ; mais Van-Swieten, donnant à ce principe une application plus philosophique, s'en servit pour démontrer que le miasme vénérien pouvait être porté directement dans l'économie, sans laisser aucune trace de son action au point contaminé. Les observateurs avaient signalé depuis longtemps des faits de bubons d'emblée : Van-Swieten en tira une déduction toute nouvelle, c'est-à-dire la possibilité de l'infection générale, sans l'existence préalable d'un symptôme local. Il appuyait, d'ailleurs, cette opinion sur une circonstance trop peu appréciée jusqu'à lui : sur l'incubation, qu'il n'était plus permis de mettre en doute. Si des exemples authentiques démontraient que cette période d'innocuité apparente de la syphilis avait pu durer des mois entiers (1), Van-Swieten en concluait que le virus devait, pendant ce temps, envahir l'économie tout entière, avant toute manifestation locale. Cette proposition était une véritable conquête ; elle préparait la théorie complète et définitive du virus syphilitique, et marquait dignement l'ère nouvelle de la syphilographie.

L'opinion de la spontanéité s'appuyait alors sur un raisonnement vulgaire, qui lui donnait une certaine force de probabilité : savoir, que la syphilis avait dû nécessairement naître du concours de circonstances extraordinaires et inconnues; qu'elle avait dû enfin commencer spontanément chez un individu isolé, puisqu'elle n'était transmissible que d'une personne malade à une personne saine. Boerhaave avait dit que le mal vénérien ne pouvait être pris qu'à une source infectée de la même maladie : c'était bien répondre à l'opinion de la spontanéité, mais ce n'était pas résoudre la question. Son disciple aborda plus franchement ce point mystérieux, et rechercha quelle pouvait être la cause première de la syphilis. Après avoir démontré l'impossibilité d'une épidémie vénérienne (2). Van-Swieten examina tour à tour les diverses opinions qui avaient été présentées sur l'origine de la syphilis : était-ce une dégénérescence de l'éléphantiasis (3)? Était-ce le résultat impur du commerce et du mélange

(1) Daniel Turner (*Practical treatise on the venereal disease* 1728) avait cité des faits qui tendaient à prouver que l'infection vénérienne avait pu ne se manifester qu'après plusieurs années et par des symptômes secondaires, alors qu'il n'y avait eu aucun accident primitif, pas même un écoulement gonorrhéique.

(2) Sanchez. — Voir plus haut, p. 175.

(3) Elie Capreol, Paracelse, etc.

des diverses races (1)? ou bien devait-on l'attribuer à un genre de vie misérable et pénible (2)? Ces hypothèses lui semblaient également inadmissibles, et notre auteur s'arrêta à une idée déjà émise bien des fois, exprimée par Astruc d'une manière timide et indécise, c'est-à-dire à la probabilité de la naissance de la syphilis dans des pays chauds; là où règne une licence effrénée, là où les menstrues des femmes distillent un poison âcre et dévorant... Cela pouvait être très-ingénieux; mais ne fallait-il pas ajouter que si ces conditions, nécessaires à la production du mal vénérien, venaient à manquer, la maladie manquerait elle-même ou perdrait de ses caractères spéciaux? Mais pourquoi discuter une opinion à laquelle Van-Swieten n'attachait d'ailleurs aucune importance? Bornons-nous plutôt à dire que la cause première de la syphilis se perd dans la nuit des temps et doit rester pour nous un mystère que l'intelligence humaine ne saurait pénétrer.

Après avoir posé en principe que la maladie commence toujours là où il y a eu contact, Van-Swieten avait, comme la plupart des syphilographes de son temps, soumis l'infection vénérienne à des différences de plus ou de moins, selon certaines conditions de tissu, d'âcreté du virus, de température, etc. Ainsi plus le tissu était dense, plus il y avait de résistance à la contagion; plus la matière infectante avait de malignité, plus l'infection était facile. Notons ici que, pour la blennorrhagie, par exemple, Van-Swieten faisait reposer les différences de malignité dans la différence de coloration de l'écoulement, ce qui était au moins très-hasardé. Quant à la température, il pensait que, plus elle était élevée, plus il y avait de rapidité et de véhémence dans la contagion.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ces considérations générales, nous remarquerons cette sobriété de théorisme que j'ai déjà signalée; mais à côté de la précision dans les doctrines, de la netteté dans les propositions, de l'érudition dans la preuve, ce qui doit frapper le plus, c'est la tendance à reconnaître la possibilité de l'infection d'emblée, tendance que nous allons voir reparaître dans la théorie du chancre. En effet, si pour la formation et la marche de l'ulcère syphilitique, Van-Swieten avait adopté complétement les idées de Boerhaave, il a ajouté que, sous l'influence de certaines circonstances, le virus pouvait pénétrer dans le sang sans déterminer d'ulcération primitive, puisque, réagissant à la peau par la voie des métastases, il y déterminait des pustules identiques à celles qui annoncent et forment le chancre. Cette manière d'expliquer les syphilides primitives était alors originale, et il faut reconnaître; du moins, qu'il y avait dans cette assertion un progrès manifeste, puisque, d'une part, elle constatait de nouveau la possibilité de l'infection générale sans réaction locale, et que, de l'autre, elle posait un fait nouveau (1), c'est-à-dire la manifestation primitive de la syphilis par une éruption. Il est inutile d'ajouter maintenant que les opinions reposaient sur des faits exceptionnels, et que Van-Swieten était loin de regarder l'infection générale comme une règle constante; aussi a-t-il dit que, quand le miasme vénérien envahissait ainsi d'emblée l'économie, cette circonstance constituait un cas plus grave que quand la maladie commençait au point contaminé. Il fallait encore bien des années d'expériences et d'observation pour arriver à l'intelligence complète de l'infection syphilitique: l'histoire des poisons morbides était encore à faire.

Astruc avait fait de l'inflammation le principe essentiel du chancre; Van-Swieten, en admettant cette opinion, la modifia, en ce sens qu'il croyait que, dans ce cas, la phlogose était toujours moins intense et moins aiguë que dans les affections non spéciales. Si nous suivons maintenant notre auteur dans ses considérations sur la marche de la syphilis, nous allons retrouver toutes les hypothèses de l'infection progressive. Comme tous les principes contagieux, le miasme vénérien avait la propriété de s'assimiler les parties saines et de les modifier d'une manière identique à sa propre nature; seulement, il agissait avec plus de lenteur que la variole, que la rage, que la peste, etc. Chose étrange! les mêmes hommes qui admettaient des différences d'infection, selon les différences du virus,

(1) Morgagni, *De Sedibus et Causis morborum per anat. indagatis*, tom. II, page 370.

(2) Astruc. — Lib. I, cap. XII...

(1) On ne peut pas absolument considérer comme syphilides primitives les éruptions dont parlent les contemporains de l'épidémie du quinzième siècle.

disaient que la plus petite parcelle de ce poison suffisait pour produire une modification complète de l'organisme.

Une fois la progression admise en principe, il fallait rechercher par quelle voie cheminait le virus : sur ce point Van-Swieten a accepté et défendu, avec toutes les ressources d'une logique diffuse, les théories d'Herman Boerhaave. Pour lui donc le siége de la syphilis était dans le tissu cellulaire adipeux. Après avoir argumenté vivement contre cette échelle des affinités qu'avait imaginée Astruc, et nié que le siége exclusif des chancres fût dans les follicules, il étudia les divers effets que pouvait produire l'infection vénérienne à mesure qu'elle se développait. Il a parfaitement apprécié les ulcérations du palais, de la gorge, des gencives, remarquables par cette coloration lardacée signalée déjà par Fallope, intéressantes surtout par leur marche serpigineuse, qui pouvait les conduire à la trachée-artère et au poumon. Nul organe ne pouvait échapper à cette agression incessante du miasme syphilitique, et Van-Swieten l'a suivi jusque dans le cerveau, où l'entraînait surtout sa tendance à envahir les parties supérieures de l'économie. Source de tumeurs gommeuses, d'exostoses, de douleurs profondes, il pouvait déterminer les accidents les plus graves, l'apoplexie, l'épilepsie, la cécité, la surdité ; la paralysie, etc. Mais quel que fût l'organe affecté, que ce fût la moelle des os, le foie, etc., Van-Swieten, qui semblait avoir pris à tâche de préparer une histoire complète et définitive de la syphilis, a élucidé chacun de ces points de toutes les lumières qu'il pouvait emprunter à une érudition aussi vaste que choisie. Pour moi, je le répète, je ne saurais trop rendre hommage à la conscience inépuisable que les hommes supérieurs de ce temps apportaient dans l'étude de questions si importantes, mais en même temps si difficiles. Qui voudrait, de nos jours, acheter la gloire au prix de semblables labeurs ?

Van-Swieten a apporté un soin extrême dans ses études sur le diagnostic des ulcères vénériens. Non-seulement il a cherché à l'aide de quels caractères on pourrait les séparer des ulcérations non spécifiques, mais il a essayé de distinguer entre elles les différentes formes de l'ulcère syphilitique. Il ne faut pas s'attendre à trouver ici le tableau complet et définitif du chancre ; la définition exacte de ce symptôme était encore à faire. Cependant il est permis de signaler quelques traits importants empruntés à la forme de l'ulcération, à la découpure des bords, à la coloration particulière du pus sécrété, qui était d'un gris verdâtre, qui se coagulait difficilement, à l'aspect spécial des cicatrices. Si l'on ajoute à ces quelques traits les observations de Goulard (1) sur la marche serpigineuse de ces ulcères et sur la nature muqueuse de leur produit, et surtout sur le travail de cicatrisation qui s'opérait en eux (2), on aura à peu près énoncé tous les progrès que le diagnostic du chancre avait pu faire à cette époque.

Le chancre était considéré par presque tous les syphilographes comme le résultat de l'apposition directe du virus : Van-Swieten admit cette opinion ; mais nous savons aussi que pour lui ce symptôme était dans certains cas l'expression de l'infection générale réagissant par la voie des métastases ; aussi dit-il (3) : « Aux points sur lesquels la contagion s'arrête immédiatement, ou vers lesquels elle est apportée par métastase, naît une tache, etc. » Si, du reste, il n'a fait que reproduire ce qu'avait dit Astruc sur la marche du chancre, sur son développement, sur son aspect, il y avait dans l'appréciation de la cause un progrès important qu'il importe de bien signaler. Van-Swieten admettait des différences notables de gravité selon le siége de l'ulcération ; à la surface interne du prépuce, elle pouvait déterminer le phymosis, le paraphymosis, la gangrène, etc. ; à la peau elle était surtout redoutable, et notons en passant qu'ici le disciple de Boerhaave différait essentiellement de l'opinion d'Astruc, qui prétendait que le chancre n'existait jamais à la face externe du prépuce ou sur le corps de la verge. La raison sur laquelle se fondait le professeur français était l'absence des fol-

(1) *Remarques et observations pratiques sur les maladies vénériennes*, etc. ; Pézenas, 1760.

(2) P. 107. — L'auteur dit que la cicatrisation des ulcères syphilitiques commence sous la forme d'une pellicule ténue et rouge, qui s'étend du centre à la circonférence, ce qui la distinguait surtout de celle des ulcérations simples, qui procède, au contraire, des bords au milieu.

(3) § 1447. *In illis locis quibus luis contagium adhæret statim, vel ad quæ per metastasim deposita fuit, oritur macula.*.

licules sébacés dans ces points ; mais Van-Swieten établit par les travaux de Ruysch que, même à ce point de vue, l'hypothèse d'Astruc n'était pas soutenable, puisque les follicules existaient partout, excepté à la paume des mains, à la plante des pieds et aux doigts.

La gonorrhée étant le résultat du contact interne du virus (1), Van-Swieten a admis avec Astruc que les écoulements connus et signalés par les anciens n'étaient pas de nature syphilitique ; que la véritable gonorrhée vénérienne avait apparu en Europe après l'épidémie du quinzième siècle, sans qu'on pût d'ailleurs assigner d'époque fixe à cette apparition. Après une longue et minutieuse description des organes génitaux, description fortifiée des travaux de Ruysch, de Cowper et de Morgagni, Van-Swieten a reproduit avec une fidélité scrupuleuse les opinions de son maître sur les caractères différents de la gonorrhée ; comme lui il a admis plusieurs espèces que nous connaissons déjà. La première, qui correspond à la balanite moderne, et que l'on désignait alors du nom particulier de *spuria*, avait été considérée par l'école de Montpellier, et surtout par le célèbre Littre, comme une hypersécrétion de certaines glandes situées à la base du gland. Van-Swieten combattit cette idée, et posa en principe que l'écoulement n'était que le résultat d'une transsudation qui s'opérait à travers toute la substance du gland.

La véritable gonorrhée était celle qui siégeait dans le canal de l'urètre. J'ai déjà eu occasion de dire que cette affection, si mal connue jusqu'alors, avait enfin acquis aux yeux des praticiens toute l'importance qu'elle méritait, et qu'elle était devenue l'objet d'un grand nombre de travaux intéressants ; on préludait ainsi aux grandes querelles qui devaient agiter la fin du dix-huitième siècle. A ce sujet, Van-Swieten a constaté quelques points nouveaux en syphilographie. Ainsi il pensait que plus la période d'incubation était longue, plus l'écoulement devait avoir de gravité, et il se fondait pour dire cela sur ce que la gonorrhée n'étant qu'une hypersécrétion de l'humeur qui lubréfie l'intérieur de l'urètre, plus ce phénomène avait lieu rapidement, plus le virus était expulsé promptement, et moins son action devait avoir d'effet. Il disait encore que la matière de l'écoulement n'était pas du pus ulcéreux, puisque, dans aucun cas, il n'était par sa quantité, souvent énorme, en rapport avec les quelques ulcérations trouvées dans l'urètre, ulcérations que lui, Van-Swieten, n'avait jamais pu signaler d'ailleurs chez la femme.

Ici se présentait une question toute neuve encore, question largement controversée, savamment défendue de part et d'autre, savoir si la gonorrhée syphilitique était ou non compliquée nécessairement d'ulcérations de l'urètre. On voit que l'hypothèse du chancre larvé remonte bien haut dans l'histoire de la syphilis. En effet, on avait pensé et posé en principe depuis longtemps que le propre de l'infection vénérienne était une action ulcérative particulière ; Boerhaave n'admettait pas de gonorrhée sans ulcération, et avec lui un grand nombre de syphilographes pensaient, d'après la même raison, que la matière de l'écoulement devait être du pus : ceci était parfaitement logique ; mais les travaux de Morgagni vinrent renverser cette fragile hypothèse ; on put mieux apprécier la nature de la sécrétion gonorrhéique, et Van-Swieten tira cette conclusion facile alors, que l'ulcération pouvait exister, mais non nécessairement comme complication de la gonorrhée.

Cette opinion a une grande importance, car elle est évidemment la source de cette théorie réactionnaire qui devait nier plus tard la nature syphilitique de la blennorrhagie. A peine en effet sait-on que le pus gonorrhéique n'est pas du pus, mais une simple hypersécrétion de mucus, et déjà Abraham Kaau (1) va le comparer à celui qui a lieu dans un catarrhe ordinaire (*in gonorrhœa rheuma verum suppeditat...*) ; cependant il se gardera bien de lui ôter son caractère spécifique, c'est-à-dire sa virulence (*in quo virulenta veneris materies hæret*). Van-Swieten va plus loin : il établit un parallèle entre la gonorrhée et le coryza ; il trouve dans les deux les mêmes caractères, la même marche, la même terminaison ; et cependant, dit-il, le coryza ne laisse aucune trace d'ulcère dans les na-

(1) *Hinc in veretro æternus, oaneri ; in interno gonorrhœa...* Aphoris. 1446.

(1) Abrah. Kaau, Perspirat. hippoc., paper 24, § 263.

rines (*licet nullum omnino ulcus in cavis narium adfuerit*). Il en est de même du catarrhe qui passe sans produire d'ulcérations dans le poumon. Le disciple de Boerhaave concluait de ces comparaisons que l'ulcère ne devait pas exister dans la gonorrhée. D'autres reprendront le parallèle, et en tireront cette autre conséquence que si le coryza est une affection simple, la gonorrhée est une affection simple aussi : ainsi tout s'enchaîne dans l'histoire de la science, et tel croit dire aujourd'hui une chose nouvelle, en faisant de la blennorrhagie le résultat simple de l'inflammation, qui n'est que l'écho lointain d'un argument échappé au médecin de Marie-Thérèse.

A l'exemple de Boerhaave, Van-Swieten a suivi la gonorrhée dans ses divers développements, jusqu'aux glandes de Cowper (*gonorrhée sèche*), jusqu'aux prostates, jusqu'aux vaisseaux séminaires, décrivant tour à tour les symptômes d'autant plus graves que l'affection pénétrait plus profondément. Chemin faisant, il signale l'impudeur de ces hommes qui comptent en riant les écoulements qu'ils ont subis; et il cite le fait d'un jeune homme perdu de débauches qui datait les diverses époques de sa vie des nombreuses gonorrhées qu'il avait eues. Mais à côté de ces turpitudes, il raconte de ces faits effrayants de dévastation syphilitique qui peuvent faire repentir et corriger ces malheureux.

Van-Swieten rattachait l'ophthalmie vénérienne à l'histoire de la gonorrhée, et il l'attribuait surtout à la métastase du flux gonorrhéique, si ce dernier venait à être supprimé par un traitement irrationnel. Astruc avait déjà hautement professé cette opinion, et il ne faut pas s'étonner si elle avait généralement cours, quand on voit Storck (1) attribuer à une métastase survenue après la suppression d'un écoulement par une médication astringente, l'ulcération de l'ombilic, et par suite un flux de matière d'une nature gonorrhéique. Les syphilographes de ce temps ne comprenaient les réactions métastatiques qu'en vertu de certaines lois de répercussion; aussi disaient-ils que l'ophthalmie était d'autant moins grave que l'écoulement urétral persistait davantage après l'apparition de la première.

Van-Swieten croyait aussi avec Astruc que l'ophthalmie vénérienne pouvait être le résultat du contact direct de la matière de l'écoulement ; mais il ajoutait que les faits de ce genre étaient excessivement rares. Du reste, les symptômes étaient les mêmes dans les deux cas.

Si les femmes étaient, comme les hommes, sujettes à la gonorrhée, celle-ci présentait, à raison de la différence des organes génitaux dans les deux sexes, une certaine différence dans les symptômes. Cependant Van-Swieten avait admis aussi, dans ce cas, une échelle graduée de variétés gonorrhéiques, selon que l'infection se bornait au vagin, ou qu'elle gagnait l'orifice de l'urètre, l'urètre lui-même.

L'étude du siége de la gonorrhée présentait alors un grand intérêt, et les auteurs étaient loin d'être d'accord sur ce point important. On voit qu'ils le bornaient à un point plus ou moins restreint, selon les faits qu'ils avaient recueillis; malgré l'autorité de Morgagni, Van-Swieten pensait que la gonorrhée primitive ne pouvait pas pénétrer jusque dans l'utérus lui-même; et si les recherches du grand anatomiste avaient paru établir la possibilité de ce fait, c'était, suivant le commentateur de Boerhaave, alors qu'après une infection générale il y avait eu réaction métastatique dans les organes génitaux de la femme.

La gonorrhée, chez la femme, pouvait, selon Van-Swieten, en imposer facilement pour le flux blanc, avec lequel, dans certains cas, dans la première variété, par exemple, elle avait une grande analogie. Cependant il était possible de distinguer ces deux affections par la différence de rapidité dans la marche, par les changements de coloration, surtout par le sentiment de cuisson ou de douleur qui accompagnait le flux gonorrhéique fixé au vagin.

Depuis Musitano (1), on avait abandonné la théorie de l'élimination pour expliquer la formation du bubon ; l'aine n'était plus l'émonctoire naturel du foie; enfin cette vieille théorie humorale avait fait place à la doctrine moderne de l'absorption. Boerhaave, et après lui Van-Swieten, pensaient que ce phénomène avait lieu par les vaisseaux lymphatiques, et que le miasme vénérien, porté ainsi jusqu'aux glandes conglobées, y déterminait le bubon. Nous sommes complétement sous l'empire des

(1) Anno medico secundo, pag. 224.

(1) *Annales*, n° 3, page 90. — 1er volume.

idées de localisation. On remarquait que c'était surtout quand il existait soit un chancre, soit une blennorrhagie, que l'on voyait le bubon apparaître, et l'on en concluait que le virus sécrété par l'un ou l'autre de ces symptômes primitifs était la cause constante et nécessaire de l'affection inguinale. D'un autre côté, on croyait encore généralement que plus il y avait excrétion de la matière vénéneuse, qu'elle vînt d'ailleurs d'une gonorrhée ou d'un ulcère, plus il y avait de chances pour être exempt d'infection générale. Appliquant ces principes à la formation du bubon, Van-Swieten le considérait comme produit par la suppression intempestive, soit d'un chancre, soit d'une blennhorragie : toujours la répercussion! toujours la métastase! Dans ce cas, le miasme vénérien, repoussé à l'intérieur et absorbé par le système lymphatique, était porté vers l'aine, menaçant alors le malade de tous les dangers d'une infection générale. Cependant le virus pouvait encore s'arrêter là, et s'épuisant par la suppuration, laisser l'économie pure de toute atteinte. Si l'on était tenté de trouver étrange l'idée que l'on se faisait alors de la nature et de l'action du poison syphilitique, il faudrait s'arrêter en songeant qu'aujourd'hui, à cent ans d'intervalle, nous retrouvons plus florissantes que jamais ces mêmes opinions sur la localisation du virus. Astruc avait bien dit que le bubon pouvait être le résultat d'une infection générale, mais, dans ce cas, il en faisait un symptôme secondaire. Il n'admettait d'ailleurs qu'à peine la possibilité du bubon d'emblée; Van-Swieten l'admit, mais en restreignant encore cette concession; il disait que ce symptôme était très-rare, bien que le mode d'action du virus syphilitique dût faire regarder comme très-probable et comme parfaitement logique l'apparition du bubon sans existence préalable du chancre ou de la gonorrhée. Cette concession timide était précieuse de la part d'un praticien rigoureux et exact comme Van-Swieten; elle était d'ailleurs la conséquence nécessaire de ce qu'il avait dit de la possibilité d'une manifestation de l'infection syphilitique, autre part qu'au point contaminé. Tout l'intérêt des syphilographes était alors concentré sur la gonorrhée; il semblait que chacun eût déjà le pressentiment des luttes qui allaient s'engager sur ce terrain fertile en hypothèses.

Je n'ai plus qu'un mot à dire au sujet du bubon : c'est que Van-Swieten en avait admis trois espèces, ou plutôt qu'il l'avait signalé à trois états différents : ainsi il admettait, selon ses états, un bubon phlegmoneux, un bubon purulent et un bubon squirrheux.

Van-Swieten s'est occupé longuement et avec soin de ce symptôme encore peu connu que l'on appelait le *testicule vénérien*. Astruc l'avait fait dépendre de l'affection des vésicules séminales; mais Van-Swieten posa en principe (1) que tout ce qui pouvait porter obstacle au libre passage, à travers le vaisseau déférent, du liquide sécrété par les testicules, pouvait devenir la cause mécanique d'un engorgement de ces organes. Mais quelle était la cause efficiente de cet accident? Astruc pensait qu'il dépendait ou de la suppression ou de la diminution d'un flux gonorrhéique, ou de l'action du virus mis d'une manière ou d'une autre en contact avec l'organe affecté. Van-Swieten adopta cette opinion; mais il n'a pas cherché quel rapport pouvait exister entre la suppression d'une gonorrhée et le développement du testicule vénérien; il s'est contenté de constater comme un fait commun la coïncidence manifeste qui existait entre ces deux circonstances. Y avait-il métastase? Il le pensait, sans doute; mais de quelle nature était-elle? C'est ce qu'il est impossible même de pressentir en lisant ce qu'il a écrit sur ce sujet intéressant. Van-Swieten n'a pas nié que le testicule vénérien pût provenir de l'action du virus répandu dans l'économie; mais il n'a pas pu parler de ce symptôme, assurant qu'il n'avait jamais pu l'observer. D'après ces considérations, Van-Swieten concluait nécessairement qu'il fallait user avec la plus grande réserve des moyens astringents dans le traitement de la gonorrhée, affirmant, d'ailleurs, qu'il avait vu en résulter les accidents les plus graves.

La difficulté d'uriner, qui succède souvent aux affections vénériennes de l'urètre, avait exercé de tout temps la sagacité des auteurs. Sydenham l'attribuait, avec tous les anciens, à une espèce de production indurée que l'on appelait *caruncule*, qui obstruait plus ou moins complétement le ca-

(1) *Quidquid ergo in toto hoc decursu vasis deferentis impedire potest liberum transitum liquidi in testibus secreti, potest esse causa tumoris testium.* — § 1450.

nal et pouvait produire ou la dysurie, ou l'ischurie, ou la strangurie. L'anatomie ayant donné de nombreux démentis à cette hypothèse, quelques auteurs, Scharp entre autres, avancèrent, pour parer à ces mécomptes, que les caruncules pouvaient s'affaisser subitement après la mort. Benevoli (1), prenant sans doute l'effet pour la cause, attribua l'ischurie, non plus à l'existence de ces sortes de tubercules, mais à l'excoriation de la membrane interne de la vessie. Morgagni (2) prouva qu'il pouvait exister des tumeurs cordées dans l'urètre, mais qu'elles étaient moins fréquentes qu'on le pensait généralement. Scharp (3) soutint enfin que, dans la plupart des cas, les symptômes d'ischurie étaient dus à la simple constriction de l'urètre. Van-Swieten se fit une opinion mixte, et pensa que la difficulté d'uriner pouvait provenir surtout des excroissances charnues de l'urètre, mais qu'elle pouvait aussi être due à d'autres causes. Il s'est occupé ensuite longuement de combattre l'opinion de Daran (4), qui posait en principe que la dyschurie était la suite nécessaire du virus vénérien, et qu'alors même qu'il n'y avait pas infection récente, il était toujours possible de l'expliquer par l'existence antérieure et si lointaine qu'elle fût d'un écoulement syphilitique. Les bougies du chirurgien français sont très-connues, et leur succès même engageait Van-Swieten à combattre ce moyen, qu'il regardait comme inutile, sinon comme dangereux.

Après avoir décrit ce que l'on pourrait appeler les symptômes locaux de la syphilis, notre auteur suit la marche du virus à travers l'économie, parcourant cette longue nomenclature des accidents généraux, déjà tant de fois décrits, et à l'histoire desquels il n'a ajouté aucun trait caractéristique. Il me reste à dire que toutes ces descriptions sont rehaussés d'un grand luxe d'érudition; qu'elles brillent surtout par des considérations anatomiques empruntées aux travaux de Ruysch, de Morgagni, de Winslow, etc., travaux qui donnaient une si puissante impulsion à l'étude des affections vénériennes.

Si la gonorrhée avait pris le premier rang dans la symptomatologie syphilitique, nous allons voir reparaître cette prédilection particulière à propos du traitement. L'opinion que l'on avait alors de ce symptôme fait comprendre d'avance à quels moyens on devait avoir recours pour le combattre ; aussi croit-on lire, en étudiant cette partie du livre de Van-Swieten, certains traités modernes sur la blennorrhagie. Affection toute locale, cette maladie ne réclamait qu'un traitement tout local aussi : des bains généraux ou locaux, des soins hygiéniques persévérants, des injections émollientes, etc. Persuadé que la meilleure indication à suivre dans la gonorrhée était de favoriser l'expulsion de la matière vénérienne, Van-Swieten conseillait de faire boire en grande quantité des boissons adoucissantes et légèrement diurétiques, pour que l'urine balayât sans cesse l'urètre baigné par le flux gonorrhéique ; mais convaincu aussi du danger de toute espèce de répercussion résultant d'une suppression trop rapide, il rejetait les injections corrosives ou simplement astringentes que l'on employait déjà. Fallait-il recourir aux mercuriaux dans le traitement de la gonorrhée? Là était la question principale du traitement : la plupart des auteurs de ce temps la tranchaient par la négative, et les chirurgiens anglais citaient des faits nombreux prouvant que l'emploi du sublimé lui-même avait été sans résultat heureux dans le traitement de toute espèce de gonorrhée. Van-Swieten adopta cette opinion, et regarda la purgation mercurielle comme inutile, même contre la gonorrhée chronique (*goutte*), qu'il regardait comme souvent incurable; il en fit autant de la saignée, préconisée par Astruc. Il conseillait seulement avec Turner (1) l'emploi de purgatifs modérés, et surtout l'administration des baumes, du baume de copahu, par exemple, mis en vogue par le praticien anglais.

Le traitement du bubon consistait à employer, selon ses divers états, ou la méthode résolutive, ou des moyens abortifs, ou enfin l'incision. Il faut ici remarquer une seule chose : c'est la préconisation des préparations d'extrait de saturne, dont Goulard avait enrichi la thérapeutique, après les avoir débitées comme remèdes secrets. Le testicule vénérien devait être combattu

(1) *Dissertazioni.*— Dissert. II, pag. 42.
(2) *De sedibus et causis*, etc., tom. II, pag. 198.
(3) *Critical Enquiry*, etc., pag. 145.
(4) *Observations chirurgicales sur les maladies de l'urètre.*

(1) *Loco citato.*

par un traitement antiphlogistique assez actif, par l'application d'emplâtres mucilagineux, mais surtout par les moyens qui pouvaient favoriser le retour de la gonorrhée supprimée. Cela était parfaitement logique.

Le chancre étant considéré aussi comme un symptôme purement local, on avait été amené depuis longtemps à proposer contre ce symptôme la cautérisation, *qui devait empêcher le virus de pénétrer dans le corps.* Ce raisonnement, qui remonte à Jean de Vigo (1), était très en faveur du temps de Van-Swieten; mais ce praticien, plus prudent ou plus éclairé, regardait cette médication comme très-dangereuse, et cela pour deux raisons : ou le virus pouvait déjà avoir pénétré assez profondément pour que le cautère ne pût pas l'atteindre ; ou l'ulcération pouvait être le résultat d'une réaction métastatique de ce même virus, déjà introduit dans l'économie, et alors la cautérisation était inutile. A l'appui de son opinion, il citait des faits péremptoires, et concluait qu'il n'y avait pas de méthode plus sûre et plus rationnelle que celle qu'il avait proposée pour la gonorrhée, et qui convenait à tous les symptômes primitifs, c'est-à-dire des fomentations émollientes et des moyens internes propres à exciter l'élimination du pus en activant la suppuration. S'il était nécessaire de recourir aux escharrotiques, il fallait choisir les plus doux. Quelques auteurs avaient proposé la ligature comme traitement des verrues syphilitiques; Van-Swieten le repoussa comme un moyen trop douloureux et fécond en dangers de toutes sortes : il conseillait, au contraire, des lotions avec une solution de sublimé corrosif.

La syphilis ne commençait réellement que quand l'infection était générale, c'est-à-dire quand aux symptômes locaux avaient succédé les douleurs ostéocopes, les éruptions, les gommes, etc. Alors il fallait avoir recours à un traitement énergique avec des effets généraux et profonds sur l'économie. Van-Swieten examina tour à tour la méthode par les fumigations, qu'il regardait comme étant d'une application trop difficile et trop dangereuse, et la méthode par les frictions, que l'on pourrait appeler la salivation absolue. Celle-ci était déjà abandonnée par presque tous les praticiens, et Astruc avait pu à peine la soutenir un instant, en lui prêtant l'appui de son autorité. Van-Swieten en fit facilement justice, et avança qu'il fallait préférer à ces deux modes d'emploi du mercure l'administration à l'intérieur. Ce traitement datait déjà de loin, et tout le monde connaît les fameuses pilules de Barberousse, reproduites en partie par Belloste. L'ignorance et la maladresse des empiriques fit, par les inconvénients qui en résultaient, rejeter cette méthode. On croyait alors que le mercure agissait en vertu de sa pesanteur spécifique et de la forme sphérique de ses molécules ; Van-Swieten démontra la fausseté de cette hypothèse, en prouvant que, réduit en poudre, il conservait les mêmes propriétés et produisait les mêmes effets; que les vertus particulières de ce médicament étaient inexplicables comme celles de l'opium et d'une foule d'autres agents ; il démontra, en outre, que les prétendus dangers de l'administration du mercure à l'intérieur gisaient réellement dans l'inexpérience et l'inhabileté qui présidaient à cette administration. La conclusion est qu'il préférait la salivation par ce mode, qu'il regardait comme plus sûr et surtout comme plus facile. Il le faisait précéder de l'emploi d'émollients de toute espèce, de purgatifs légers, de la saignée même, s'il y avait pléthore ; il administrait de préférence le mercure doux. Comme Astruc, il entretenait une salivation modérée, dont la limite allait jusqu'à l'élimination de trois ou quatre livres de liquide. Les conditions accessoires étaient une température égale, une hygiène bien entendue, l'usage de sudorifiques, d'opiacés, de gargarismes émollients, etc.

Van-Swieten devait parler nécessairement de la méthode nouvelle qui s'élevait sur les débris de la salivation, et qui, adoptée par l'école de Montpellier, était appelée méthode par extinction. Il la signala sans la juger : le moment n'était pas encore venu où elle brillerait au premier rang dans la thérapeutique vénérienne.

Mais jusque-là Van-Swieten n'avait fait que parler de moyens vulgaires ; il devait leur en préférer un tout nouveau, le sublimé corrosif, inusité jusqu'alors dans le traitement des affections syphilitiques. Ici se présente une question assez intéressante : Van-Swieten est-il l'auteur de ce traitement, comme il le donne à croire, ou

(1) *Aphrodisiac.*, pag. 442.

est-ce Sanchez qui le répandit en Europe, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire (1)? Cette dernière opinion paraît ressortir surtout des lettres qu'écrivit le médecin portugais au commentateur de Boerhaave.

Quoi qu'il en soit, Van-Swieten essaya l'emploi du sublimé corrosif contre la syphilis confirmée ; il l'administra d'abord à des doses minimes, un demi-grain pour une once d'esprit de vin, en augmentant ensuite jusqu'à 6 grains pour 14 onces d'esprit, une cuillerée matin et soir. Cette méthode de traitement se répandit avec rapidité ; cependant elle éprouva bientôt de notables mécomptes, qu'il fallait attribuer surtout à la mauvaise administration. Les insuccès nombreux signalés à l'hospice Saint-Marc, fondé à Vienne pour les pauvres vénériens, firent repousser le sublimé par un grand nombre de médecins. Turner lui opposa l'autorité de sa longue pratique. La méthode devait cependant triompher de tous les obstacles, et elle est arrivée jusqu'à nous avec le nom de Van-Swieten, qui contribua surtout à la répandre en Europe. Contrairement à l'opinion de Sanchez, qui faisait des bains de vapeur la condition essentielle du succès de l'emploi du sublimé, Van-Swieten n'administrait, concurremment avec lui, que des tisanes émollientes ; il l'opposait à tous les symptômes ; il l'employait à l'extérieur comme à l'intérieur, dans toutes les conditions diverses de tempérament, d'âge, etc.

Quelques auteurs voulaient encore l'emploi exclusif des sudorifiques ; Van-Swieten combattit cette méthode, tout en reconnaissant l'utilité de ces moyens comme accessoires du traitement ; il combattit aussi l'usage de la ciguë et de l'extrait d'aconit que Storck (2) avait préconisés contre la syphilis, usage qui présentait suivant lui des dangers réels à cause de la difficulté d'administration de ces agents.

L'œuvre de Van-Swieten est une de celles qui, jugées depuis longtemps, il faut bien le dire, ne peuvent plus rien gagner à être louées : plein d'une érudition profonde, empreint d'un grand esprit pratique, riche en vues neuves et utiles, ce livre, monument élevé à la gloire de Boerhaave, est un des plus beaux qui aient été écrits sur la syphilis. Son éclat n'a point pâli devant l'astre éblouissant d'Astruc. Le principal mérite de Van-Swieten est d'avoir cherché, en dehors des voies si trompeuses de la théorie, des notions sur les affections syphilitiques ; d'avoir demandé aux investigations positives de la pratique la solution des problèmes difficiles que soulevait l'étude de ces intéressantes maladies ; d'avoir enfin rendu à la thérapeutique vénérienne les précieuses ressources qu'elle devait trouver dans l'administration du mercure à l'intérieur. Parmi les syphilographes, Van-Swieten est le dernier de ces hommes illustres qui, payant la gloire au prix des plus rudes labeurs, nous étonnent encore à des siècles d'intervalle par la grandeur et l'élévation de leurs idées, mais surtout par cette infatigable conscience qui présidait à tous leurs travaux.

OBSERVATIONS.

GASTRITE LÉGÈRE, *depuis cinq semaines.—Exacerbation vive de celle-ci, fièvre. — Apparition, dans la région sous-maxillaire gauche d'une vésicule d'herpès phlyctenodes qui reste isolée pendant quatre jours et en impose pour une pustule maligne. — Le cinquième jour, éruption générale complexe d'*HERPÈS *et d'*ÉRYTHÈME.

Hôtel-Dieu, Clinique de M. le professeur Rostan.

L**** Marie, âgée de 48 ans, journalière, travaillant à la laine, née au Havre, demeurant à Paris, rue du Faubourg-du-Temple n° 115, depuis trois ans, est assez bien constituée, avec de l'embonpoint et la chair un peu molle (3).

Cette femme est d'ailleurs sujette, depuis un certain temps, à des maux d'estomac. Lors de son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 14 juillet 1843, elle était depuis cinq semaines sous l'influence d'un de ces dérangements, éprouvait à la suite de ses repas des chaleurs pénibles, et avait vomi plusieurs fois. Elle n'a-

(1) *Annales*, etc., vol. I[er], pag. 179.

(2) *Libell. secund. De cicuta*, pag. 169.

(3) Cette observation m'a été communiquée par M. le docteur Vigla, ex-chef de clinique de M. Rostan.

vait été que peu soulagée par une application de sangsues à l'épigastre.

La veille de son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle avait encore vomi, et le jour même de celle-ci, nous trouvâmes la langue villeuse, rouge; la région épigastrique douloureuse, la peau chaude (96 pulsations); l'existence d'une gastrite ne nous parut pas douteuse.

Depuis 2 ou 3 jours aussi la région sous-maxillaire gauche était devenue engorgée, œdémateuse; la tumeur était résistante au toucher, et la peau de cette région était rouge. C'était aussi depuis l'apparition de cet engorgement que le mouvement fébrile paraissait s'être déclaré; les symptômes gastriques, loin de diminuer, avaient augmenté, et il s'y était joint de la somnolence et de la céphalalgie.

Samedi 15 juillet. 84 pulsations. Plusieurs vomissements verdâtres abondants depuis hier le soir, et quelques selles diarrhéiques. 32 respirations par minute, bien qu'il n'y ait aucune lésion pulmonaire appréciable à la percussion et à l'auscultation, et que la malade ne souffre point dans la poitrine, ne tousse point. L'engorgement sous-maxillaire a encore augmenté; mêmes caractères physiques. Ils offrent l'ensemble de ceux qui se manifestent après la piqûre d'un insecte fortement venimeux, et c'est à cela que nous l'attribuons. *Beaucoup de démangeaisons aux bras* (qui n'ont pas été examinés, ou du moins il n'est pas fait mention de cet examen sur la feuille d'observation); saignée, lavement émollient, limonade, diète).

Dans l'après-midi, deux pertes de connaissance.

Dimanche 16 juillet. La malade se plaint d'avaler difficilement et de souffrir de la gorge depuis hier; le pharynx est un peu rouge, les amygdales sont à peine tuméfiées; mais l'engorgement sous-maxillaire est devenu plus considérable. Une vésicule de la grosseur d'une lentille s'est développée au centre de la tumeur, près de l'angle de la mâchoire; la sérosité qu'elle contient, vue à travers l'épiderme aminci, est rougeâtre, sanguinolente. Céphalalgie, étourdissements, douleurs, engourdissements dans les membres.

La présence de phénomènes généraux assez graves, dont le début coïncide avec celui de l'engorgement sous-maxillaire, les progrès rapides de celui-ci, son caractère œdémateux, sa situation sur une partie du corps découverte, le genre de travail auquel se livrait cette femme, m'avaient déjà fait soupçonner la veille que je pouvais avoir affaire à une pustule maligne; en l'absence de M. Rostan, qui ne devait pas venir à l'hôpital ce jour-là, je priai M. Blandin de voir la malade; après un examen attentif, mes craintes lui parurent fondées, et son avis fut qu'il convenait d'inciser et de cautériser ensuite avec le beurre d'antimoine. Il voulut bien se charger lui-même de la première partie de cette opération.

Lundi 17. Aucun phénomène remarquable depuis hier; l'escarre, mi-circulaire un peu plus grande qu'une pièce de deux francs, est noire, sèche; la circonférence offre déjà un commencement de travail éliminatoire. Le gonflement n'a plus augmenté depuis la cautérisation, les symptômes généraux sont réduits, et nous nous félicitons du parti qui a été pris.

Mardi 18. L'escarre commence à se détacher; aspect satisfaisant de la tumeur.

Mercredi 19. Le travail d'élimination continue à se faire aussi franchement; l'engorgement circonvoisin existe au même degré, mais n'a pas augmenté depuis.

Jeudi 20. Rien de nouveau du côté de la tumeur, aucun malaise intérieur.

État de la peau. Apparition de vésicules arrondies volumineuses, remplies par un liquide jaunâtre, et entourées d'une auréole rouge assez large : 1° au col du côté droit; 2° à l'avant-bras gauche, près du poignet; 3° sur le pouce, du même côté, à la seconde phalange.

A la jambe droite, nous trouvons, sur la partie moyenne de la face externe, une plaque rouge et au centre de celle-ci un noyau dur arrondi, qui ne saurait être mieux comparé qu'à *l'érythema nodosum*.

Le soir la paupière inférieure gauche est rouge et œdémateuse.

Vendredi 21. La paupière inférieure gauche est toujours œdémateuse, la rougeur a pris le caractère un peu livide, aucune vésicule ne s'y est développée; une vésicule à base indurée, semblable aux précédentes, au-dessus du sourcil du côté droit; près de celui-ci, une élevure papuleuse conique; deux ou trois autres élevures semblables à cette dernière sur la joue droite. Rien dans le cuir chevelu.

Au col et au menton, on observe d'abord plusieurs vésicules *isolées* à base rouge et indurée, mais on en trouve aussi quelques-unes réunies et groupées sur un fond de même nature que les précédentes, à la manière de l'herpès. Une couronne de petites pustules ou de vésico-pustules entoure l'escarre. Rien sur le tronc ni sur la membrane muqueuse buccale.

Bras droit. Une vésicule varicelliforme.

Avant-bras. Quatre vésicules semblables à la précédente, à base non-indurée, sans changement de couleur à la peau environnante; deux phlyctènes de la grosseur d'une lentille à base rouge et indurée, avec tuméfaction du tissu cellulaire voisin, assez étendue.

Du même côté, à la paume de la main, 3 vésicules commençantes, une phlyctène assez large sur l'indicateur.

Bras gauche. Quelques nouvelles plaques

rouges; au sommet des papules rouges coniques signalées hier à l'avant-bras, on trouve des petites vésicules. 3 vésicules sur la main; la phlyctène du côté externe de la seconde phalange du pouce a pris beaucoup de volume et est devenue très-douloureuse, ainsi que celle de la paume des mains, à cause de l'épaisseur et de la résistance de l'épiderme.

Membres inférieurs. Sur la cuisse de la jambe droite, une quinzaine d'élevures arrondies, dont la grosseur varie depuis le volume d'un noyau de cerise, jusqu'à celui d'un noyau de pêche, présentant d'ailleurs la forme, la consistance, la couleur de l'*érythema nodosum*; aucune n'est surmontée de vésicules. Une vingtaine de semblables élevures sur le membre abdominal gauche en nombre beaucoup plus considérable autour du genou, que partout ailleurs.

Enfin deux semblables à la fesse, du même côté.

Toutes ces diverses éruptions sont accompagnées d'une chaleur vive, d'un sentiment de brûlure, dont la malade se plaint beaucoup.

État des autres organes. 104 pulsations; peau médiocrement chaude; langue rouge, villeuse à la pointe, humide; soif médiocre, point de nausées. Un peu de soupe prise la veille a bien passé. Constipation depuis deux jours. La tête est un peu douloureuse, mais l'intelligence est libre, et il y a eu un peu de sommeil tranquille la nuit, l'état des forces est satisfaisant.

Samedi 22. *État de la peau.* Toutes les parties qui étaient le siége de plaques rouges sont plus tuméfiées et plus colorées qu'hier; la main gauche est malade dans toute son étendue.

Les deux bulles de l'avant-bras de ce même côté ont augmenté de volume, le liquide qu'elles contiennent est devenu séro-sanguinolent.

La paupière gauche est toujours notablement tuméfiée, mais il n'y est pas survenu de phlyctènes. La paupière supérieure de l'œil droit est tuméfiée comme la paupière inférieure de l'autre côté. On voit aussi quelques taches rouges sur la face, mais on ne découvre de soulèvement épidermique vésiculeux sur aucune d'elles.

Au coude droit, une bulle semblable à celles de l'avant-bras gauche. Il est venu à l'index de la main droite, et à l'éminence thénar de la même, deux phlyctènes aussi larges et aussi douloureuse que celle du pouce de la main gauche.

Les vésicules de toutes les autres régions des membres supérieurs conservent le volume qu'elles avaient hier.

Aux jambes. La rougeur des plaques s'est étendue, en même temps que la tuméfaction a un peu diminué, quoique la sensibilité y soit devenue de plus en plus vive, mais l'épiderme n'est soulevé par de la sérosité sur aucune d'elles. Chaleur toujours très-pénible sur tous les points de la peau qui sont le siége de l'éruption.

État des autres organes. 108 pulsations; peau chaude; frissons répétés; langue un peu rouge; constipation, un peu de céphalalgie; insomnie. (Limonade, diète.)

Dimanche 23. Pas de nouvelles éruptions. Ce qui était érythémateux est resté tel, la rougeur seulement est devenue plus vive. Ce qui était vésiculeux est resté tel et ne se dessèche pas encore. Le sentiment de brûlure est toujours aussi prononcé et prive la malade de sommeil; 96 pulsations; constipation.

L'escarre de la région sous-maxillaire continue à se détacher. Rien de nouveau n'est survenu dans les parties voisines.

(Limonade; diète; lavement émollient.)

Lundi 24. Même état général. Pas de changement dans les modes d'éruption. Le sentiment de brûlure est général et continu.

Mercredi 26. *État de la peau. Membres inférieurs.* L'épiderme ne s'est soulevé sur aucune des plaques rouges, dont le volume diminue et la rougeur pâlit. C'est d'ailleurs ce qui arrive aussi à la face, et la douleur est beaucoup moindre dans les parties, si ce n'est au genou droit.

Membres supérieurs. Il s'est développé sur les plaques de l'une et de l'autre main, des avant-bras, des vésicules du volume de la tête d'une épingle, formant des groupes de 30 à 40; une sérosité roussâtre remplit ces vésicules et a rompu l'épiderme dans plusieurs points. A l'avant-bras, de chaque côté, il s'est aussi développé de semblables groupes rappelant très-exactement ceux de l'herpès labialis. Sur quelques autres plaques, l'épiderme, conservant beaucoup d'épaisseur, a été soulevé d'une seule pièce dans une largeur qui égalait celle de pièces de 25 centimes, de 50 centimes et de 1 franc; ces dernières plates, peu tendues par la sérosité. Enfin quelques-unes des plaques rouges sont restées, comme celles des membres inférieurs, à l'état primitif d'érythème, et ont augmenté de largeur.

La chaleur est moins pénible.

La fièvre a diminué.

La langue est toujours un peu rouge.

Depuis ce moment jusqu'à la sortie de la malade, aucune modification nouvelle n'est survenue dans les divers modes d'éruption phlycténoïde ou érythémateuse, qui se terminèrent graduellement, comme cela a lieu dans les cas ordinaires pour chacun d'eux. Il n'y eut non plus rien de remarquable dans la manière dont se cicatrisèrent les plaies consécutives à la chute de l'escarre de la région sous-maxillaire. Aucune complication ne survint, et la malade sortit dans un état de santé

parfait, le 22 août suivant, c'est-à-dire 39 jours après son entrée à l'hôpital.

HERPÈS CIRCINNATUS et HERPÈS IRIS de l'avant-bras, survenu à la suite d'une émotion morale vive. *Absence de la démangeaison pendant la période d'état; elle se présente au déclin de la maladie avec des exacerbations régulières.*

Hôpital Saint-Louis.

La nommée Geneviève P....., née à Saint-Pierre-Pompoint (Oise), âgée de 17 ans, domestique dans une ferme, arrivant de son village, qu'elle n'avait jamais quitté, est entrée dans mon service, salle Napoléon, n° 41, le 11 février 1844, pour se faire traiter d'un herpès de l'avant-bras et du bras.

C'est une fille d'une taille moyenne, d'une assez forte constitution, sa peau est fine et rouge; elle a les cheveux blonds et les yeux bleus. Ses parents, forts et vigoureux, n'ont jamais été malades; elle ne connaît personne dans sa famille qui ait été atteint de maladies de la peau.

Dans son enfance, Geneviève P..... a été affectée d'une éruption du cuir chevelu. D'après le dire de la malade et les détails qu'elle donne, cette éruption dut être un eczéma impetigineux ou un impetigo. Peu après la guérison de cette maladie, elle eut, à plusieurs reprises, une ophtalmie accompagnée d'une petite éruption près du bord libre des paupières. A 7 ans elle eut la rougeole, dont la convalescence fut assez rapide. Depuis lors, cette fille, dont le régime alimentaire a presque toujours été végétal, a eu souvent des céphalalgies opiniâtres qui n'ont affecté aucun type particulier; elle a souvent eu des coliques, les fonctions digestives ont été presque toujours légèrement troublées; souvent elle a éprouvé des constipations prolongées, plus souvent elle a été tourmentée par de la diarrhée. Cependant l'appétit s'est toujours maintenu dans de justes limites. Tel est encore à peu près l'état de Geneviève P....., qui n'est pas encore réglée, mais qui éprouve d'ailleurs, depuis quelque temps, quelques symptômes qui pourraient à bon droit être regardés comme le prélude d'un changement prochain : ainsi elle a des maux de reins, des pesanteurs dans le bas-ventre; elle a des goûts, des appétits bizarres, entre autres elle aime passionnément le sel; enfin, son caractère, ordinairement vif et emporté, est aujourd'hui très-facilement enclin à la colère.

Sa santé, d'ailleurs, paraît, après tout, généralement bonne; la peau n'avait jamais été le siége de démangeaisons particulières, l'excrétion de la sueur s'était toujours produite en quantité convenable.

Dans les premiers jours de février, Geneviève eut une contrariété vive, et même un violent mouvement de colère, à la suite desquels il se développa sur l'avant-bras droit des plaques érythémateuses irrégulières, sans démangeaison, sans fièvre ni trouble général. Peu après l'apparition de la rougeur, il se forma, sur la partie antérieure de l'avant-bras, et seulement dans les points qui avaient été préalablement érythémateux, une série de groupes vésiculeux. Quelques-uns, confusément épars, présentaient quelques vésicules confluentes. La plupart, occupant le tiers supérieur de l'avant-bras, affectaient une disposition assez régulière pour qu'il fût facile de constater des cercles dont les arcs étaient presque toujours complets; le centre était sain, et la circonférence, formée d'une espèce de bande plus large, complétée par une ou plusieurs rangées de vésicules extrêmement petites, contenant une sérosité transparente; leur volume était en général celui d'une pièce de 5 francs. Quelques-uns de ces cercles, plus petits, étaient cependant interrompus, d'autres s'arrêtaient en rencontrant un autre cercle pour former des sortes de chapelets irréguliers. Enfin on voyait, à la face interne de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet, un de ces disques beaucoup plus petit, de la largeur de 1 franc, dont le centre, loin d'être sain, était formé de plusieurs cercles concentriques bordés d'un liséré ecchymotique d'une coloration différente, et qui, dans leur réunion, présentaient les caractères de l'herpès iris.

Tel était l'état de Geneviève P....., lorsque nous la vîmes à notre première visite; partout où existaient des groupes vésiculeux, il y avait une rougeur assez vive qui en dépassait les limites; dans quelques points, cette rougeur avait subi quelques modifications; ainsi, çà et là, c'était une coloration noirâtre ou jaunâtre qui entourait les groupes de vésicules. Cette maladie peu grave, survenue tout accidentellement, devait, suivant toutes les probabilités, céder facilement à un traitement simple; aussi la malade fut soumise à l'usage de la limonade; tous les deux jours elle prit un bain alcalin; nous lui accordâmes la portion entière. Peu après, les vésicules en partie se flétrirent, s'affaissèrent bientôt, le liquide qu'elles contenaient ayant été résorbé ou s'étant concrété de manière à former de petites squammes irrégulièrement globuleuses. Partout où la résorption du liquide avait eu lieu, il s'établit une exfoliation farineuse assez adhérente. Cependant la rougeur diminua lentement, elle passa avant de s'éteindre par une coloration brune peu jaunâtre. C'est qu'en effet, avec cet herpès circinné, il y avait aussi une inflammation érythémateuse; aussi se passa-t-il quelques phénomènes, peu importants il est vrai, mais qui n'appartiennent pas tout à fait à l'herpès. Ainsi, vers le déclin de l'affection, il y eut pour la première fois des démangeaisons su-

jelles à des exacerbations qui se représentaient toujours le soir. Chaque jour, la desquamation fut plus abondante. Cependant il ne resta plus bientôt qu'une coloration brunâtre de la peau, les démangeaisons ne se représentèrent plus qu'à de rares intervalles, et le 5 mars, la malade sortit complétement guérie.

Le rapprochement de ces deux faits n'est pas sans intérêt. D'abord on y voit la même éruption, l'herpès non-seulement sous deux formes, mais encore avec une intensité bien différente. En général, l'herpès circinné est une affection légère, même comparé à l'herpès phlycténoïde, qui, sans jamais présenter de gravité réelle, prend toujours une apparence plus sérieuse, soit à cause des douleurs qui le précédent ou l'accompagnent, comme dans le zona, soit à cause de l'éruption elle-même, soit enfin, ce qui est plus rare, à cause de l'état général. Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est que, prise isolément, chacune de ces éruptions s'est présentée avec un caractère d'acuité qui ne lui est pas habituel. Ainsi l'herpès circinné lui-même était accompagné d'une inflammation érythémateuse insolite, ce qui a donné lieu à quelques phénomènes particuliers dont il a été question dans l'observation. L'éruption n'en a pas moins été sans gravité aucune, comme elle l'est toujours ; et c'est un fait sur lequel j'insiste, car je l'ai vue plusieurs fois appréciée trop sévèrement, attaquée par des médicaments actifs, et notamment par des caustiques, dont les inconvénients ne se sont pas toujours bornés à l'inutilité. Enfin, pour en finir avec ce petit fait, je signalerai l'existence rare, et plus curieuse qu'importante, d'une plaque d'herpès iris. Mais ce qui mérite de fixer l'attention de nos lecteurs, c'est l'intensité si singulière qu'a présentée l'herpès phlycténoïde dans l'observation si intéressante de M. Vigla. J'ai vu quelquefois cette éruption avec du malaise, avec un mouvement fébrile, etc. ; mais jamais avec ce cortége de symptômes qui sont relatés dans cette observation, et qui étaient si bien faits pour conduire à une méprise. On trouve bien dans les quelques ouvrages qui se sont occupés du pemphigus, des observations qui présentent quelque analogie avec celle-ci, et qui traduisent évidemment un herpès phlycténoïde ; mais il n'y en a nulle part, que je sache, qui se soit montré avec cette physionomie, et surtout avec cet ensemble de symptômes locaux si remarquables, et qui, joints à une condition particulière dans laquelle se trouvait le malade, en aurait imposé pour tout le monde, pour une pustule maligne. Sans doute, une fois le fait connu, et en raisonnant *a posteriori*, on se demande si un examen d'autres points du corps, examen qui aurait pu être appelé par quelques sensations éprouvées par la malade, sensations qui ne présentaient pas ici, d'ailleurs, une grande analogie avec celles qui précèdent pendant quelques jours l'apparition du zona ; on se demande, dis-je, si l'on n'aurait pas pu être conduit à la probabilité d'une éruption vésiculeuse ; mais, je le répète, c'est un raisonnement suggéré par un fait connu, et on comprend que les caractères généraux et locaux de cette maladie s'éloignaient assez, avant la complète éruption, de ceux de l'herpès phlycténoïde ordinaire pour que jusque-là il eût été méconnu. Ce fait est donc curieux sous tous les rapports et par lui-même, comme exemple d'un herpès phlycténoïde avec une intensité et une acuité qui ne sont pas habituelles, et aussi sous le rapport de l'erreur de diagnostic auquel il a conduit, et que, dans un cas pareil, il pourrait servir à faire éviter.

Eczéma constitutionnel *du cuir chevelu, du cou, des bras et des cuisses. — Traitement par les amers, les lotions et les bains alcalins. — Amélioration notable.*

Hôpital Saint-Louis.

Le 8 février 1844, est entrée dans mon service, salle Napoléon, n° 35, la nommée C..., Rose, âgée de 19 ans, couturière, née à Villedieu (Somme), affectée d'un eczéma du cuir chevelu, du cou, des bras et des cuisses ; d'une taille moyenne, d'une faible constitution, ayant la peau fine, les yeux bruns, les cils longs, les cheveux blonds, les gencives pâles et décolorées, et tous les attributs du tempérament lymphatique. Cette malade ne peut donner aucun renseignement sur la santé de son père, qu'elle n'a pas connu. Sa mère a été longtemps affectée d'une éruption du cuir chevelu et des bras avec suintement abondant ; à plusieurs reprises elle a eu des ophthalmies de longue durée. Deux jeunes cousins maternels souffrent depuis longtemps pour une maladie d'yeux qui jusqu'à présent a résisté à tous les traitements employés.

Aussitôt après sa naissance, C... fut confiée à une nourrice qui habitait Oliau, village situé

à 10 kilomètres de Villedieu. Cette nourrice, forte et vigoureuse, n'a jamais été malade. Non loin de la maison qu'elle habitait, il y avait des bois et un étang. L'air de la localité est humide ; il y pleut très-souvent. Quoi qu'il en soit, les maladies de la peau ne paraissent pas y être très-communes. A peine âgée de 2 ans, C... fut affectée d'une éruption du cuir chevelu qui gagna les oreilles et s'étendit dans le conduit auditif, où elle provoqua un écoulement séro-purulent qui ne fut tari que par des soins de propreté longtemps continués. La maladie, bornée au cuir chevelu jusqu'à l'âge de 4 à 5 ans, apparut alors aux bras, aux aisselles, aux jarrets et aux cuisses. La peau, dans tous les points occupés par l'éruption, était recouverte de squames lamelleuses et de croûtes jaunâtres; il y avait en même temps une démangeaison vive qui augmentait le soir et qui s'exaspérait encore par la chaleur du lit. Le linge était souvent mouillé par un suintement abondant qui, en s'y desséchant, formait des taches d'un jaune verdâtre. L'affection, pendant plusieurs années, resta à peu près stationnaire, montrant seulement un peu plus d'intensité pendant le printemps et l'automne.

Jusqu'à l'âge de 10 ans, la malade ne mit en usage que des soins de propreté. Son régime était presque exclusivement végétal ; elle était tourmentée par une soif toujours vive; sous l'influence de la fatigue la plus légère, de la moindre impression morale inattendue, elle avait au visage et au cou une sueur des plus abondantes; ces régions étaient habituellement moites, et la malade y rapportait la sensation d'une chaleur incommode. Alors on commença un traitement régulier qui consista en électuaires soufrés, en purgatifs deux ou trois fois la semaine. Ces seuls moyens, continués pendant deux mois, procurèrent une amélioration de courte durée, car l'éruption regagna peu à peu les régions qu'elle avait occupées, le suintement fut aussi abondant, les sueurs partielles du visage et du cou aussi copieuses. A l'âge de 15 ans, C... vint à Paris, et fut admise une première fois à l'hôpital Saint-Louis, où elle resta deux mois pour obtenir une guérison à peu près complète, qui avait été ménagée par des cataplasmes émollients, des bains gélatineux et sulfureux, les amers à l'intérieur et un régime peu substantiel. Un an et demi après, la maladie avait reparu avec la même intensité, reprenant encore avec opiniâtreté les régions qu'elle occupait autrefois. C... fut admise alors pour la deuxième fois à l'hôpital Saint-Louis ; elle mit en usage des cataplasmes émollients, des bains sulfureux, la pommade de goudron au 16e et la pensée sauvage à l'intérieur. Au bout de six semaines, l'éruption avait cédé à cette médication. Cependant, deux mois après la sortie de l'hôpital, le cuir chevelu, le cou, les bras et les jambes, quelques points de la face, se montrèrent encore rouges, un suintement assez abondant succéda à la rougeur, puis il se forma une assez grande quantité de croûtes lamelleuses d'un jaune pâle. Cette nouvelle apparition de la maladie avait été précédée de quelques symptômes fébriles; il y eut pendant quelque temps de l'anorexie, de la lenteur dans les digestions et un sentiment de pesanteur habituel à l'épigastre. C... n'employa alors que des soins de propreté, et la maladie ne fit pas de nouveaux progrès. La soif était toujours vive; les urines, rendues en abondance, étaient claires et limpides. Bientôt l'éruption fut soumise à des exacerbations assez fréquentes qui se manifestaient à des intervalles irréguliers; les urines étaient alors troubles, chargées, semblables à de la lie de vin ; la malade elle-même arrivait à prévoir, par la qualité de ses urines, le retour des poussées aiguës qui s'accompagnaient dans les premiers jours de fièvre, de céphalalgie, de constipation, de coliques et de tension de ventre.

La première éruption des règles eut lieu vers la dix-septième année sans accident notable, sans influence appréciable sur la maladie de la peau. Jusqu'à présent, la menstruation n'a jamais été régulière ; cependant il n'y a jamais eu de trouble général qui ait paru procéder de cette irrégularité; jamais la marche de l'éruption n'a été modifiée avant ou pendant les règles. A peu près stationnaire depuis quinze mois, dans les premiers jours de février, la maladie s'étendit du cuir chevelu aux oreilles et à la partie postérieure des joues ; des régions latérales du cou, elle passa en avant; des bras, elle remonta aux aisselles. Cette fois il n'y eut pas de fièvre, mais un sentiment de lassitude très-prononcé, de la céphalalgie, de l'anorexie, de la douleur à l'épigastre et de la constipation. La malade, craignant alors de voir son état s'aggraver, se décida à entrer dans mon service. Les surfaces que nous avons déjà plusieurs fois mentionnées étaient depuis quelques jours le siége d'une démangeaison assez vive ; elles étaient recouvertes, excepté le cuir chevelu, de lamelles épidermiques minces et fort petites, d'une couleur jaune paille et comme macérées dans la sérosité qui suintait des points sur lesquels elles reposaient. Au cou et aux jarrets il y avait, outre ces lamelles, une assez grande quantité de croûtes verdâtres peu épaisses, planes et se détachant facilement par le frottement de l'ongle. Le cuir chevelu était recouvert de squammes d'un blanc d'amiante : les cheveux étaient réunis par pinceaux et disposés en petits étages irréguliers dans l'intervalle desquels on remarquait une plus grande quantité de squammes, surtout aux

régions temporales, où cette disposition était très-remarquable. Quand on soulevait un pinceau pour étaler les cheveux dont il était composé, on voyait qu'un liquide desséché les agglutinait; les squammes tombaient, non pas sous forme de poussière fine comme dans le pityriasis, non pas en écailles plus ou moins épaisses comme dans le psoriasis, mais sous forme de petites lamelles minces non friables, irrégulièrement conformées; la peau était rouge, gonflée, humide. Si on examinait quelque temps les points où l'on avait écarté les cheveux, on ne tardait pas à voir sourdre quelques gouttelettes de sérosité; sur les régions pariétales on pouvait voir en même temps quelques croûtes qui ressemblaient à celles de l'eczéma impétigineux; les oreilles, les parties postérieures des joues, les aisselles, étaient d'un rouge vif; toutes ces régions étaient dépourvues d'épiderme et offraient autant de surfaces qui laissaient exhaler une sérosité abondante tachant le linge en jaune verdâtre. Partout où l'éruption se faisait remarquer, elle était entourée d'une bordure érythémateuse foncée qui servait de base à des groupes de vésicules confusément répandus et très-appréciables, surtout aux limites de la rougeur. Pendant quelques jours, la malade garda le repos au lit et prit les amers à l'intérieur; quand l'acuité de l'éruption fut calmée, il nous fut alors possible de prescrire des bains alcalins tous les deux jours, et des lotions alcalines matin et soir pour le cuir chevelu. Peu après la douleur disparut, le suintement fut moins abondant.

Le 25 février, il n'y avait plus de démangeaisons ni aucune autre modification de la sensibilité de la peau; les oreilles et le cou ne présentaient que des traces légères de l'eczéma qui les avait occupés; encore un léger suintement sous l'aisselle gauche, une très-faible proportion de squammes sur le cuir chevelu, dont la surface était aussi moins rouge, moins gonflée; les bras et les cuisses avaient cessé d'être uniformément recouverts de lamelles épidermiques, et la rougeur luisante de la peau y avait complétement disparu. Cependant dans tous ces points aussi bien qu'au cou, la peau n'avait pas encore son poli et son luisant naturels; on y remarquait, par places, de petites squammes furfuracées, débris de vésicules dont le liquide avait été résorbé ou exhalé insensiblement à la manière de la sueur. Malgré cette amélioration, il y avait toujours une douleur épigastrique, de la lenteur dans les digestions, peu d'appétit et un sentiment de lassitude habituel.

Le 2 mars, la peau paraît reprendre insensiblement sa coloration naturelle sur tous les points où siégeait l'eczéma; le cuir chevelu offre une moindre quantité de squammes; cependant, par places, il est encore rouge et humide; l'aisselle gauche laisse toujours suinter de la sérosité; les troubles de la digestion et le sentiment de lassitude ont disparu. J'insiste sur la prescription des amers, des lotions et des bains alcalins.

Le 6 mars, les squammes du cuir chevelu sont plus petites et plus minces; il s'est formé quelques croûtes impétigineuses vers les régions pariétales; la malade a prolongé son dernier bain; pendant toute sa durée, elle y a laissé plonger ses oreilles, qui sont d'une rougeur vive et qui suintent abondamment; en même temps il y a quelques vésicules sur la face antérieure des avant-bras.

Aujourd'hui 9, la rougeur et le suintement des oreilles ont diminué d'une manière notable; les vésicules des avant-bras sont flétries; il ne se forme pas de nouvelles croûtes sur le cuir chevelu, qui n'est plus recouvert que de petites squammes de plus en plus rares, en somme, C... nous paraît être dans un état très-voisin de la guérison. Je reviendrai plus tard sur ce fait.

J'ai voulu rapprocher de suite cette observation de la suivante et aussi de celles que j'ai déjà publiées. C'est exactement la contre-partie du fait de Dorothée. — Ici la maladie est, pour ainsi dire, toute constitutionnelle. — Elle s'est reproduite avec une persistance qui, jointe aux autres conditions exposées plus haut, ne laisse aucun doute sur son caractère. — Cette jeune fille est arrivée au même point que celle dont on va lire l'observation, mais l'une a pu sortir complétement guérie, tandis que je suis loin de regarder la guérison de Rose comme étant définitive. Ici, d'ailleurs, ce n'est pas l'eczéma simple : c'est une de ces formes qui, dans leurs recrudescences, se rapprochent de l'impétigo, ce qui est bien en rapport avec la constitution lymphatique de la malade. Il me suffit, pour ainsi dire, de poser ces faits comme jalons; nous les retrouverons avec toute leur valeur, quand je m'occuperai de l'histoire de l'eczéma; je ferai remarquer toutefois ici entre autres détails, une circonstance très-importante par rapport à l'appréciation du siége de l'eczéma, c'est cette susceptibilité particulière de la peau à l'endroit de certaines fonctions, cette exagération de la sécrétion de la sueur.

Eczéma *accidentel provoqué par l'usage immodéré de lotions iodurées pour guérir la gale.*

Hôpital Saint-Louis.

La nommée G..... Dorothée âgée de 19 ans,

née à Turin, couturière, demeurant depuis 5 ans à Paris, est entrée à mon service, salle Napoléon n° 25, le 9 novembre 1843 pour se faire traiter de la gale.

G..... est d'une taille moyenne, elle est assez fortement constituée, ses épaules sont larges et son cou chargé, les yeux sont bruns, les sclérotiques d'un bleu porcelaine et les cils très-longs. Elle porte, dans la région parotidienne gauche, des cicatrices difformes et caractéristiques de la diathèse scrofuleuse à laquelle la malade est encore soumise. Sur le dos de la main droite, à l'avant-bras du même côté, sur la face postérieure du bras, à la jambe gauche, des cicatrices de même nature se font remarquer; leur existence remonte à 1838 à 1842.

Personne dans sa famille n'est affecté du même mal; elle a eu onze frères et sœurs, neuf sont encore existants et jouissent d'une bonne santé. — A l'âge de 3 ans elle eut une ophtalmie qui la priva de la vue pendant 4 à 5 mois; — l'éruption des dents de remplacement fut difficile et accompagnée de dérangements fréquents parmi lesquels le genre nerveux parut avoir surtout une grande part. Dès leur sortie, les dents présentèrent plusieurs sillons transversaux profonds. — Peu de temps après, elle fut atteinte d'une variole légère; à peine convalescente, elle contracta la rougeole et fut encore atteinte de la coqueluche, peu de mois après la guérison de sa rougeole. —Vers l'âge de 14 ans, elle commença à éprouver différents engorgements lymphatiques sur plusieurs régions. — Les règles ont paru pour la première fois, il y a deux ans, sans avoir été accompagnées d'un dérangement notable dans la santé. Il faut dire, du reste, que chez G..... les digestions étaient lentes et pénibles, qu'elle éprouvait constamment un état de fatigue générale, qu'elle avait souvent des pesanteurs de tête et que, depuis l'âge de 13 ans, elle était tourmentée d'un écoulement blanc assez abondant.

Le 9 novembre, elle entra dans mon service, affectée de la gale. Depuis quelques jours elle était en proie à une douleur épigastrique très-vive, elle avait des nausées, plusieurs fois elle avait vomi; il y avait de la fièvre et de l'abattement.

Aux bras, aux avant-bras, dans les intervalles des doigts, elle portait un grand nombre de vésicules discrètes, acuminées, sillonnées à leur base et tout à fait caractéristiques de la gale, la démangeaison était assez intense pour empêcher le sommeil et aggraver les troubles dont nous venons de parler. La diète, des délayants, un bain simple firent disparaître les accidents généraux. Bientôt G... put faire sur les points occupés par les vésicules de gale des lotions iodurées. Les petites collections séreuses, ne tardèrent pas à se flétrir, mais il restait une démangeaison vive et opiniâtre. Ennuyée de la persistance de ce phénomène, la malade crut devoir insister sur les lotions, elle en fit fréquemment, et en usa si largement qu'il ne tarda pas à se développer, sur la partie antérieure du thorax et sur les seins, sur le ventre, aux avant-bras, aux aisselles et au cou de nombreuses vésicules, mais non plus discrètes, acuminées. Au contraire, cette nouvelle éruption était tout à fait confluente, les vésicules étaient obrondes, moins transparentes; elles occupaient des places irrégulières d'une grandeur et d'une étendue variables, en quelques points, l'éruption était moins répandue et paraissait en petites traînées diffuses. Du reste, les vésicules ne tardèrent pas à se rompre, et les surfaces qui leur servaient de base devinrent le siége d'un suintement qui dura plusieurs jours. G... prit de la tisane de chicorée, des bains simples; elle fut cependant maintenue à un régime assez substantiel. —Peu de jours après, cette malade, après un séjour de dix-neuf jours, sortit guérie le 28 novembre de sa gale et de son eczéma.

Dans cette observation, rien de particulier, d'ailleurs, si ce n'est le nouvel exemple de la facilité avec laquelle cède ordinairement une éruption développée accidentellement par cause externe, comparée à la même forme survenue par des influences constitutionnelles, comme dans l'observation précédente. Cette complication, chez cette malade, aurait pu être prévue à la rigueur, par la susceptibilité de la peau, qui s'était traduite par les symptômes généraux, développés sous l'influence de l'irritation déterminée par la gale. Un fait assez remarquable, c'est que les lotions iodurées déterminent ordinairement comme complication des éruptions pustuleuses, un ecthyma, — tandis que l'eczéma est plutôt le résultat de l'irritation produite par des corps gras, par des pommades. — Ici le cas de *** serait une exception.

HYPÉRESTHÉSIE DE LA PEAU (1).

Hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Victoire. — N. 30. 7 février 1844.

A..., Charles-Marie, 45 ans, entrepreneur de peinture pour décoration, ne fait que surveiller les ouvrages sans s'occuper du maniement des couleurs, n'a jamais été malade.

(1) Cette observation a été recueillie par M. Racle jeune, interne à Saint-Louis (service de M. Cazenave.)

Vers l'âge de 20 à 25 ans, il a contracté trois ou quatre blennorrhagies qui ont donné lieu à un écoulement abondant et prolongé; mais qui ont cependant fini par cesser complétement, sans qu'il soit resté de suintement habituel. Le malade assure n'avoir jamais eu de chancres, mais il a eu deux bubons que l'on a été obligé d'inciser. Depuis lors, il n'a plus contracté d'autres maladies vénériennes et il n'a vu survenir aucun accident consécutif; il n'est pas sujet aux angines, il n'a pas eu d'éruptions syphilitiques, non plus que de douleurs ostéocopes. Je rapporte ces antécédents parce que quelques médecins en ont tenu compte pour instituer contre la maladie actuelle un traitement antisyphilitique qui a complétement échoué; un fait d'observation qui aurait pu éloigner de ce diagnostic, c'est que, en général, il n'y a rien de plus opposé que ces deux ordres de maladies : affections prurigineuses de la peau et éruptions syphilitiques; les syphilides sont presque constamment exemptes de prurit.

Pas d'épilepsie, pas de maladies nerveuses. Rien de semblable chez les parents.

Établi depuis 10 ans à Bordeaux, le malade n'y a pas contracté les fièvres d'accès qui y sont si communes.

Le malade fait remonter à 5 ans l'origine de sa maladie actuelle. Un jour, au milieu de la meilleure santé, mais, après avoir éprouvé quelques contrariétés et s'être mis en colère, il ressentit tout à coup, en descendant un escalier, de vives douleurs dans un genou; elles durèrent 2 ou 3 heures pour se reproduire le lendemain et les jours suivants, tantôt pendant le jour, tantôt pendant la nuit, à des heures indéterminées. Le huitième jour, la douleur changea brusquement de place, et se porta dans le genou opposé; elle ne demeura pas longtemps avec son caractère primitif, mais se changea bientôt en un prurit insupportable, que le malade parvint à calmer avec des applications d'eau froide. Pendant plus d'un mois, la douleur et le prurit continuèrent presque sans rémission, mais en passant constamment d'une jambe à l'autre.

Vers cette époque, la peau se couvrit tout à coup d'une éruption de papules rouges, prurigineuses, que le malade compare à celle que détermine la piqûre des orties. C'était une urticaire simple. Elle était sans fièvre, et depuis ce moment, l'éruption d'urticaire se reproduisit tous les ans, principalement au printemps et en hiver, et en général toutes les fois que la transpiration était supprimée. En été, elle ne reparaissait pas, parce que le malade suait beaucoup.

Ce n'est que 18 mois ou 2 ans après le début de la maladie qu'un traitement a été commencé. Deux médecins, ayant considéré la maladie comme syphilitique, la traitèrent en conséquence, d'abord par le sirop de Larrey additionné, puis par la tisane de Feltz, additionnée également, dit le malade. De ce traitement, aucun résultat; la maladie parut même avoir empiré. Alors elle change de caractère, devient plus franchement prurigineuse, cesse de présenter des éruptions d'urticaire.

A cette époque les médecins consultés pensent, à cause de l'extrême sensibilité de la peau et des quelques crampes douloureuse des membres, qu'il y a maladie de la moelle, et en conséquence, ils font appliquer successivement des vésicatoires, des moxas le long de la colonne vertébrale; un cautère est appliqué à la face interne de la jambe gauche.

C'est à cette époque que le malade, fatigué de traitements inutiles, vint à Paris pour se faire soigner, et entra à l'hôpital Saint-Louis, le 7 février 1844, présentant l'état suivant :

La sensibilité de tout le tégument externe est très-exaltée. Elle s'étend depuis la base du col jusqu'au bas des jambes; la tête et les pieds en sont seuls exempts; elle est aussi vive dans un point que dans l'autre; mais à la région lombaire elle est remplacée par une véritable douleur; elle n'est pas toujours prononcée à un égal degré; c'est aux jambes qu'elle est le plus habituellement ressentie, et elle passe de l'une à l'autre avec la plus grande facilité, ou bien les abandonne toutes deux pour occuper la poitrine, le dos, les épaules. Quant à ses caractères, ils varient singulièrement; la sensibilité exagérée et la douleur ne sont pas continues, mais reviennent sous forme d'attaques ou d'exacerbations de la manière suivante : dans certains moments, il n'y a absolument aucune douleur, aucune exagération de la sensibilité; l'on peut toucher, presser la peau, la frotter sans causer de douleur; puis, tout à coup, et sans cause connue, une sensation de chaleur et de brûlure envahit la peau de tout un membre, de la face interne des jambes, de la poitrine, des épaules, etc. C'est d'abord un feu dévorant, ou bien une cuisson comme celle d'une plaie récente; enfin une véritable douleur. Si l'on vient à appliquer fortement et largement la main sur la partie douloureuse, la douleur s'apaise; qu'on la touche légèrement, au contraire, et surtout que l'on ne fasse que redresser les poils de la peau, la sensibilité devient exquise, et même se change en une douleur telle que le membre est pris de crampes et presque de contractions spasmodiques. Le simple contact des vêtements, et surtout leur frottement deviennent insupportables; alors le malade est obligé de prendre les plus grandes précautions pour mettre un gilet de flanelle ou une chemise; et il est le plus ordinairement obligé de garder le repos. J'ai dit qu'il n'y avait jamais qu'une partie affectée à la fois.

Les retours de cette exaltation et la sensibilité sont variables. En général, elle cesse par la chaleur et augmente par le froid. Elle commence fréquemment le soir, et continue pendant la première moitié de la nuit; quand la chaleur est bien établie, la douleur cesse et le malade dort bien le reste de la nuit; peu de temps après le lever, elle reparaît pour durer plusieurs heures. Il y a des jours où elle est forte, d'autres où elle est faible.

L'état matériel de la peau n'est pas en rapport avec son état continuel; car, si pendant les premiers temps, il y a eu des éruptions d'urticaire, il n'y a plus à présent aucune éruption. Cependant, M. Cazenave a constaté aux jambes l'existence de quelques papules extrêmement petites de lichen, qui entourent la base des poils et constitueraient une forme particulière, le lichen pilaris, que l'on sait être particulièrement accompagné de prurit; mais leur petit nombre n'explique pas l'exaltation nerveuse de la peau.

Ce n'est pas seulement la peau qui est ainsi affectée dans sa sensibilité; quelques muqueuses le sont aussi. Celle des fosses nasales est impressionnée très-désagréablement par certaines odeurs, celles du vinaigre en particulier, des acides, par les odeurs fortes, comme celles de certains fromages; le goût du sel produit une sensation très-pénible sur la muqueuse buccale, et produit un véritable état de spasme. Enfin la muqueuse gastrique est très-irritée par quelques aliments et médicaments.

On a pu croire que la maladie que je viens de décrire n'est que le symptôme d'une lésion de la moelle, et même le malade a été traité d'après cette opinion. Cependant il n'y a aucun symptôme qui la confirme. Pas de douleur lombaire à la pression, pas de diminution de la sensibilité des muscles inférieurs; pas de paraplégie; le malade marche avec aisance et facilité; les jambes sont aussi fortes et aussi agiles que de coutume. Ni rétention ni incontinence des urines et des matières fécales; il ne faudrait pas prendre pour un symptôme de maladie de la moelle une dysurie légère et habituelle, résultat d'un rétrécissement organique de l'urètre occasionné par les blennorrhagies dont j'ai parlé. Jamais de fièvre. Pas d'amaigrissement.

M. Cazenave considère la maladie comme purement nerveuse, et se propose de lui opposer d'abord le quinine à titre d'antipériodique et d'hyposthénisant, et plus tard les préparations arsénicales.

9 février. 30 centigrammes de sulfate de quinine en deux prises. Un bain alcalin.

10. Le malade a éprouvé de la céphalalgie, des vertiges, de la perte d'appétit, ce que l'on attribue au sulfate de quinine. Comme les accidents ont été peu forts, on continue le même médicament,

11. La congestion cérébrale a disparu; mais il reste de la chaleur à l'estomac, des rapports acides. Quinine continué.

Jusqu'au 16 il y a peu de changement. Les douleurs sont aussi vives le jour, mais moins fortes la nuit. Le 16, les douleurs lombaires ont cessé de se faire sentir, et bien qu'elles aient reparu le 17, il y a cependant une notable amélioration; le malade peut y porter les mains sans y réveiller trop fortement la douleur.

Le 18, quelques papules de lichen se sont développées sur l'avant-bras droit.

L'amélioration cesse de faire des progrès, et, le 20, le malade est encore à peu près dans le même état. M. Cazenave remplace alors le sulfate de quinine par les préparations arsénicales.

Le 21, 50 centigrammes de solution de Pearson.

Le lendemain, le malade s'est plaint d'avoir ressenti une chaleur brûlante à l'estomac et le long de l'œsophage; c'est le résultat de la sensibilité exagérée de la muqueuse gastrique, car la dose de solution ne contient que 1/64 d'arsenic.

Les jours suivants, le médicament est mieux toléré.

Le 23, M. Cazenave constate l'existence d'une petite plaque de lichen à la partie supérieure et externe de la jambe, et quelques papules de lichen pilaris à sa face interne.

Le 25, le malade demande à quitter l'hôpital pour affaires de famille.

L'observation vient confirmer tous les jours les considérations sur lesquelles j'ai cru devoir m'étendre dans le commencement de ce recueil : elle vient éclairer à chaque instant par des faits nouveaux la relation véritable qui existe entre la nature, si je puis dire ainsi, de telle éruption et son siége. Ce fait si remarquable d'hyperesthésie de la peau, rapproché de quelques autres, où, j'ai pu constater à divers degrés le passage de la papille à l'état de papule proprement dite, jette une clarté nouvelle sur le caractère des affections prurigineuses; je pourrai bientôt établir, j'espère, que les éruptions papuleuses peuvent être considérées comme un état accessoire, une conséquence, un symptôme d'une véritable névrose de la peau, et qu'on peut dans quelques cas constater, pour ainsi dire, *de visu*, la série de phénomènes par lesquels la sensation exagérée de la peau détermine, pour ainsi dire, la turgescence des papilles, turgescence qui

se convertit successivement en une éruption simple d'abord, et plus tard plus ou moins compliqué de symptômes accessoires, qui ne sont aussi que des conséquences.

Je n'insisterai pas ici sur ce fait, qui, tout incomplet qu'il est, présente certainement beaucoup d'intérêt et qui, comme les autres, en suivant le plan que je me suis tracé, est destiné à être repris plus tard à propos de l'examen spécial et approfondi des maladies auxquelles il faut le rattacher. Il est d'ailleurs assez curieux par lui-même pour fixer l'attention de nos lecteurs, sans que j'aie besoin d'en signaler autrement tous les détails.

REVUE.

DU DIAGNOSTIC ET DE L'ENCHAÎNEMENT DES SYMPTÔMES SYPHILITIQUES.

Tel est le titre d'une thèse soutenue récemment à la faculté de médecine de Paris (1). Dans cette dissertation, l'auteur, élève de l'hôpital du Midi, convaincu profondément de l'exactitude des théories de M. Ricord, a pour but de défendre publiquement des idées qui, présentées comme nouvelles, ont soulevé déjà et devront appeler encore des débats contradictoires intéressants.

Après avoir énoncé à quelle source l'auteur a puisé ses inspirations, il est inutile de dire qu'il a adopté pleinement les doctrines de son maître, et sur l'enchaînement des symptômes syphilitiques primitifs, secondaires et tertiaires, et sur les avantages de l'inoculation au point de vue du diagnostic. Aussi, peut-on dire dès à présent que cette thèse est une exposition nouvelle de principes déjà connus, d'hypothèses déjà appréciées; qu'elle résume en un mot un système qui trouvera naturellement sa place dans les études bibliographiques que M. Cazenave a entreprises, et qui deviendra l'objet d'un examen sérieux de sa part. Nous n'en aurions pas parlé, ne voulant pas entrer prématurément dans une discussion importante et dont le moment n'est pas encore venu, si M. Mac-Carthy ne nous semblait pas avoir émis certaines assertions qui sont restées sans preuves, et que l'on peut relever dès à présent.

Nous suivrons dans cette courte analyse l'ordre admis par M. Mac-Carthy. Ainsi, il s'est occupé d'abord de la syphilis primitive qui se résume dans un symptôme unique, le chancre : voyons ce qu'il dit ce sujet :

« Les seuls accidents primitifs sont le chancre, et sa conséquence locale, le bubon. Pour lui, les écoulements urêthraux, lorsqu'ils ne sont pas symptômatiques d'une ulcération chancreuse du canal de l'urètre, n'ont rien de commun avec la syphilis primitive. » . . . . .

« L'inoculation du pus chancreux *dans des conditions voulues*, produit des résultats constants, et d'avance indiqués, tandis que rien de pareil ne s'observe dans la blennorrhagie franche. » . . . . . .

« La blennorrhagie naît spontanément chez les animaux. » . . . . . .

« Le bubon chancreux et la syphilis ont, *dans l'immense majorité des cas*, un chancre pour antécédent. » . . . . . .

« L'épididymite et les rétrécissements dits organiques sont les conséquences habituelles et très-fréquentes des blennorrhagies, tandis qu'on ne les observe jamais après le chancre. Donc, la blennorrhagie est une affection essentiellement distincte du chancre dans sa nature. » . . . . . .

Les caractères assignés au chancre par Hunter n'existent pas toujours d'ailleurs.

« On a produit de toutes pièces des ulcères offrant tous les caractères ci-dessus énumérés, par le simple contact du sublimé avec la muqueuse du gland. D'ailleurs, l'aspect dit hunterien, *si facile à simuler*, est loin de se rencontrer dans tous les cas de chancre véritable. L'induration, par exemple, manque souvent. »

« On peut être embarrassé, surtout quand, au lieu de siéger à la verge, le chancre occupe la face, la main, ou une partie quelconque du corps autre que la région génitale. » . . . . .

« C'est là que s'arrêtait la science il y a douze ans. Ce diagnostic incertain, M. Ricord l'a rendu positif et absolu par ses beaux travaux sur l'inoculation.

« Il a démontré que tout ulcère primitif est,

(1) Thèse présentée et soutenue par M. Daniel-Joseph Mac-Carthy, le 12 février 1844. Paris.

à une certaine période de son existence, inoculable ; que cette période varie, *dans sa durée, depuis quelques jours jusqu'à des années*, comme le prouve surabondamment chaque jour la triste histoire du chancre phagédénique, et que l'inoculation est enfin le véritable mode de contagion de la maladie syphilitique. »

« Dans presque tous les cas, la cautérisation a fait justice de la pustule spéciale ; et lorsque, dans quelques cas exceptionnels, la neutralisation n'a pas été immédiatement obtenue ; l'ulcère inoculé a cependant *constamment* guéri *avant* la plaie d'où il tirait son origine. » . . .

L'inoculation a pour résultat une pustule spécifique ayant les caractères suivants :

« En l'ouvrant de 24 à 48 heures après l'opération, indépendamment de l'auréole violacée qui l'entoure déjà, on remarque une *érosion* plus ou moins profonde du derme, parfois même une *perforation* de son tissu, évidente, *palpable*, et dont la marche ultérieure pendant un ou deux jours *lèverait* d'ailleurs tous les doutes. Or, cette ulcération est toujours identique à elle-même pendant les premiers jours de son existence, et ce n'est qu'après le premier septénaire que la plaie, subissant l'influence de l'état général du malade, dévie de sa forme première pour s'indurer ou prendre un aspect gangréneux ou une marche phagédénique.

« De ces observations relatives au diagnostic général du chancre, on peut, on doit conclure avec M. Ricord :

« L'essence du chancre n'est pas dans sa « forme, ses bords, sa couleur, son induration ; elle est tout entière dans sa sécrétion. »

« De tous les siéges anormaux du chancre, l'urètre et l'anus sont, sans contredit, les plus fréquents. Il convient donc d'énumérer avec soin les moyens de le reconnaître dans ces deux régions. M. Cazenave pense que, pour M. Ricord, le chancre urétral ne présente, en dehors de l'inoculation, aucun caractère diagnostique ; c'est une erreur. Dans un grand nombre de cas, l'inoculation n'a fait que confirmer les prévisions qu'avait fait naître un examen attentif de l'urètre. Une déformation remarquable du méat, en vertu de laquelle une des lèvres, correspondant au côté où siége le chancre, est tuméfiée. Fréquemment encore, une dépression ombiliquée du méat, qui contraste avec la tuméfaction du gland ; le peu d'abondance de l'écoulement, parfois tellement faible, qu'il échappe à l'investigation du malade les premiers jours, ce qui a pu faire croire à une incubation plus longue de la maladie ; la couleur sanieuse et rouillée de la sécrétion ; l'induration circonscrite d'un point plus ou moins rapproché du méat : tels sont les signes locaux qui permettent, je dois le dire, dans la majorité des cas, de soupçonner qu'il existe un chancre dans le canal. » . . .

« Pour Hunter, le chancre est une affection purement locale.

« Pour M. Cazenave, le chancre est toujours le résultat d'une infection générale.

« Pour M. Ricord, enfin, le chancre, toujours maladie locale à son début, subit, comme toute plaie, après un temps plus ou moins long, l'influence de la constitution du malade.

« Pour M. Cazenave, le chancre est un phénomène successif à l'infection ; et conséquent avec lui-même, il admet une période d'incubation dont il ne limite pas la durée. » . . . .

« Or, l'incubation du chancre *n'existe* pas ; l'inoculation artificielle l'a surabondamment démontré, et chez l'homme malade et chez l'homme sain, comme en *font preuve les expériences de Hernandez*.

« A l'appui de son opinion, M. Cazenave invoque l'analogie et cite la rage, dans laquelle la plaie produite par la morsure se guérit, et ce n'est que plus tard que surviennent les symptômes qui trahissent la maladie. » Qui ne voit que l'exemple choisi pèche dans son application ? M. Cazenave compare les accidents constitutionnels de la rage aux phénomènes primitifs, à la morsure, que l'on me passe cette figure de mots, de la syphilis. Or, si l'on compare la marche des deux affections, on verra la plus frappante ressemblance : d'un côté, *morsure*, empoisonnement, incubation, phénomènes généraux ; de l'autre, *plaie spécifique*, empoisonnement, incubation et accidents constitutionnels. Pour la syphilis comme pour la rage, l'incubation ne peut donc être admise qu'avant l'apparition des symptômes de l'infection générale.

« L'observation directe des malades m'a *souvent* montré le chancre *débutant très-peu d'heures* après le coït, et arrivant, sans interruption, en quelques jours, à sa période d'état. » . . . . . .

« L'observation, la logique, l'expérience, le *simple bon sens*, se réunissent donc pour nous faire admettre,

« Que le chancre est, à son début, une affection purement locale. » . . . . . .

« Parmi les accidents qui résultent plus ou moins médiatement du coït, il en est un dont l'histoire pathologique est certainement un des points les plus controversés de la syphilis. Je veux parler du bubon.

« M. Ricord en admet trois variétés : le bubon phlegmoneux, le bubon virulent, et le bubon idiopathique.

« Le premier peut certainement résulter du chancre, comme de toute autre irritation, soit des organes génitaux, soit du membre inférieur. Son pus n'est jamais inoculable, c'est là son caractère pathognomonique. » . . . . . .

« Le bubon virulent, résultat de l'absorption du pus chancreux dans les lymphatiques, ne peut résulter que du chancre. Cet ulcère est

son antécédent obligé. » . . . . . .

« Indépendamment de ces deux premières formes du bubon, il en est une troisième, le bubon idiopathique, qui n'a rien de commun avec la syphilis, et qui cependant est pris tous les jours pour un de ses résultats. » . . . . . .

« De tout ce qui précède, nous conclurons, en terminant ce qui est relatif à la syphilis primitive :

« 1° Le bubon virulent n'existe pas indépendamment du chancre.

« 2° Le bubon idiopathique, ou, si l'on veut, d'emblée, n'est jamais virulent. » . . . . . .

Après cet exposé succinct des points principaux, contenus dans ce premier paragraphe, faut-il répéter que M. Mac-Carthy a simplement reproduit des opinions que nous avons déjà vu combattre dans ce recueil; mais nous rencontrons aussi quelques propositions plus explicitement exposées ici qu'ailleurs, c'est à celles-là seulement que nous nous adressons, moins pour les discuter que pour faire remarquer que leur auteur a eu pour elles un peu de complaisance en leur donnant une valeur qu'elles ne nous semblent réellement pas avoir.

Et d'abord nous avouons que pour nous M. Mac-Carthy est loin d'avoir tranché la question irrésolue de l'identité, par le parallèle qu'il a établi entre le chancre et la blennorrhagie. Nous ne discuterons pas le problème qui reste insoluble en présence de faits contradictoires incontestables, l'inoculabilité ou la non inoculabilité du muco-pus, pas plus que la spontanéité de la blennorrhagie chez les animaux, qui n'a que faire ici. Quant à l'existence exclusive de l'épididymite ou des rétrécissements après les écoulements blennorrhagiques, nous aimons à croire que sérieusement l'auteur n'a pas attaché une grande importance à cet argument comme pouvant servir à faire distinguer la nature du chancre, de celle de la blennorrhagie. Au lieu de tirer de ces données des conclusions que l'on peut regarder comme trop absolues, M. Mac-Carthy aurait rendu un service plus réel à la science en expliquant ce qu'il entend dire par ces *conditions voulues* dans lesquelles doit être faite l'inoculation du pus chancreux. Ces conditions ne sont, certes, pas établies par ce que l'auteur ajoute d'une *certaine période* pendant laquelle le chancre serait inoculable, période qui varierait de quelques mois à des années : mais à quels caractères reconnaît-on cette période? mais où s'arrête-t-elle, c'est ce que l'on ne dit pas, et c'est ce qu'il serait important de savoir! Pour établir des points de doctrine aussi graves, nous croyons aujourd'hui, plus que jamais qu'il fallait autre chose que des données aussi vagues que celles sur laquelle on s'appuie.

Nous avons cru avec tous les praticiens que les caractères extérieurs du chancre suffisaient pour faire reconnaître sa véritable nature; nous le croyons encore malgré ce que dit M. Mac-Carthy du diagnostic de l'ulcération syphilitique. Dans tous les cas, et quant aux signes de la pustule dite caractéristique, nous pensons qu'ils ne sont pas suffisants pour lever le doute; et il est facile de voir en lisant ce tableau, que l'on a été préoccupé de cette insuffisance, puisque l'on a ajouté cette phrase significative : *« Et la marche ultérieure pendant un jour ou deux, lèverait d'ailleurs tous les doutes! »*

Ce qui pourrait faire douter encore de ce qu'il y a de caractéristique dans la pustule inoculée, c'est cette déclaration de M. Mac-Carthy, que dans les cas où la neutralisation n'est pas pas complète par la cautérisation, la guérison de l'ulcère inoculé a *constamment* lieu *avant* celle de la plaie où elle a pris son origine. Or, on peut, il nous semble, conclure de cette déclaration, ou que la pustule est très-peu caractéristique, ou que ce fait est en opposition avec ce que l'école de M. Mac-Carthy pense de l'action partielle et progressive du virus syphilitique?

On dit que l'essence du chancre est toute dans sa sécrétion. Cela est parfaitement logique, une fois admis le système de l'inoculation; mais cela est-il exact? Nous allons emprunter ici un argument dont s'est servi M. Cazenave pour combattre cette proposition. Si la sécrétion du chancre est tout, l'inoculabilité et partant la contagion spécifique devra persister tant que persistera cette sécrétion. Cependant on avoue que du pus chancreux étant donné, ce pus peut ne pas être inoculable! Que devient alors ce grand principe? On ajoute que le chancre est à *l'état de réparation*, ou qu'il n'est plus dans des *conditions voulues!* Mais devons-nous nous contenter de ces explications hypothétiques? Et d'ailleurs on constitue ainsi une exception illimitée qui détruit virtuellement la proposition que nous examinons ici, tant que l'on n'aura pas dit à quels caractères précis on peut reconnaître

qu'un chancre peut être un chancre même contagieux, alors qu'il n'est plus inoculable.

M. Cazenave a considéré le chancre comme le résultat d'une infection générale, et conséquent avec ce principe, il a admis une période d'inoculation... M. Mac-Carthy a regardé, avec M. Ricord, le chancre comme un symptôme local au début, et, comme conséquence, il a nié toute espèce d'incubation. A l'appui de cette opinion, nous voyons citées les expériences célèbres de Hernandèz. C'est chose curieuse d'abord, de voir invoquer par cette école, à propos du chancre, des expériences qui ont eu pour but de démontrer que le symptôme n'était jamais produit par le virus gonorrhéique. Mais nous avons relu ces expériences avec une attention minutieuse, et rien dans les faits signalés par le médecin de Toulon n'autorise à tirer la conclusion qu'on en fait découler. Nulle part Hernandèz n'a parlé d'incubation, et à moins qu'on n'accorde à l'interprétation le droit d'expliquer même le silence, les expériences que l'on cite ne sont pas plus une preuve en faveur de l'opinion de M. Mac-Carthy que de celle de M. Cazenave.

L'auteur des Syphilides a comparé l'action du virus rabique à celle du poison de la syphilis. On a prétendu que cette comparaison était vicieuse parce qu'elle tendait à rapprocher des accidents constitutionnels d'accidents purement primitifs. M. Cazenave avait raison, puisqu'il considérait le chancre comme l'expression locale d'un état constitutionnel. M. Mac-Carthy suppose que la contagion qui produit le chancre est une espèce de plaie spécifique : c'est forcer le sens des mots pour établir une identité spécieuse. Rétablissons ici les termes de la comparaison. Dans la rage et dans la syphilis, la morsure et le contact virulent sont identiques, en ce sens qu'ils constituent le mode de contagion ; dans les deux il y a incubation et empoisonnement ; dans les deux la spécificité consiste, pour la rage dans les symptômes spéciaux qui traduisent cette maladie ; pour la syphilis, dans la réaction locale qu'elle produit, soit un chancre, soit une blennorrhagie. L'argumentation de M. Mac-Carthy n'est pas admissible, en ce sens qu'il veut que la *morsure* et la *plaie spécifique* soient deux termes égaux de la comparaison. Dans l'inoculation naturelle il n'y a pas de plaie, et dans l'inoculation artificielle, la plaie que l'on peut comparer à la morsure du chien enragé ne devient *plaie spécifique* que plus tard.

M. Mac-Carthy affirme, il est vrai, qu'il a vu et vu *souvent* le chancre débuter *peu d'heures* après le coït. Mais, encore, pour que les deux termes de la comparaison soient rigoureusement exacts, il ne doit y avoir aucun intervalle, si court qu'il soit, entre l'infection et le symptôme qui le traduit ; d'ailleurs le mot *souvent* implique des faits exceptionnels qui renversent cette hypothèse, et la délimitation de *peu d'heures* est assez vague pour laisser un vaste champ aux interprétations. Pour une école si riche en faits statistiques, et en propositions positives, c'était le cas de formuler, par des chiffres rigoureux, ce qu'il faut entendre par ces mots *souvent* et *en peu d'heures* : c'eût été rendre un grand service aux praticiens qui ont rarement eu le bonheur de constater ces circonstances intéressantes, même ceux qui ont vieilli dans l'étude des maladies vénériennes, et qui ont pu observer au contraire des faits d'incubation prolongée, constituant des exceptions antipathiques avec le principe général que nous voyons posé ici.

Au point de vue du bubon, M. Mac-Carthy a reproduit aussi des opinions déjà connues ; seulement la dénomination de virulent appliquée exclusivement au bubon chancreux nous a rappelé l'artifice à l'aide duquel Fallope avait imaginé de créer une gonorrhée nouvelle qu'il qualifiait aussi du nom de virulente ; nous ne nous arrêterons pas à cette distinction purement nominale.

Nous n'avons presque rien à dire des deux paragraphes dans lesquels l'auteur examine l'action *constitutionnelle* de la syphilis, exprimée par des accidents qu'il divise en secondaires et tertiaires. Cette division est très-ancienne, et pendant longtemps les syphilographes l'ont admise comme conséquence du système de progression successive auquel ils avaient soumis la marche du virus à travers l'économie.

Pour l'école de M. Ricord les affections secondaires sont celles qui ne dépassent pas l'épaisseur de la peau ou des muqueuses, et qui n'intéressent pas le tissu cellulaire. D'autres auteurs, et M. Cazenave surtout, ont admis qu'il n'existait pas de relation régulière et constante entre les symptômes primitifs et tels ou tels accidents consé-

cutifs; nous n'avons pas à nous prononcer entre ces deux doctrines; cela nous entraînerait trop loin. Nous ferons seulement remarquer ici que l'observation a signalé pour toutes les éruptions syphilitiques et entre leur apparition et l'existence du symptôme primitif, des intervalles tels, qu'il est impossible d'admettre cette action progressive mais superficielle qui présiderait au développement des symptômes secondaires : elle a de plus permis de constater qu'alors qu'il n'y avait eu aucun accident intermédiaire, elles pouvaient être compliquées d'autres phénomènes, qui traduisaient un empoisonnement plus profond, et que l'on range parmi les phénomènes tertiaires. C'est ici une question controversée dont les différents points s'appuient sur des faits contradictoires : le temps seul et des discussions plus étendues peuvent apporter une solution à ce grand débat.

M. Mac-Carthy suppose (1) que Biett s'était peut-être exagéré l'importance diagnostique du liséré blanchâtre qu'il a signalé dans les formes squammeuses de la syphilis. Il peut paraître étrange que l'on tranche ainsi d'un trait de plume un résultat sanctionné par une longue pratique, et appuyé de l'autorité magistrale d'un homme qui fut un modèle de sobriété en fait de théories hypothétiques : à propos de ce passage et de quelques autres que nous ne voulons pas relever nous ne pouvons nous empêcher de dire ici qu'il nous semble que, quand on parle de sujets avec lesquels on est peu familier, on devrait apporter un peu plus de réserve; on s'expose sans cela à de pénibles mécomptes.

Les symptômes tertiaires sont ceux qui siégent dans le tissu cellulaire, le tissu fibreux et le tissu osseux. Nous n'avons à dire ici qu'une seule chose, c'est que la moyenne de l'intervalle qui s'écoule entre le symptôme primitif et le symptôme tertiaire est, pour M. Mac-Carthy, de 8 ans et demi, et que la moyenne pour la syphilide tuberculeuse, symptôme secondaire, est de 10 ans; que pour tous les accidents secondaires elle est de 5 ans à peu près : la statistique ne nous semble pas complétement d'accord avec la division absolue que l'on a admise.

Il nous reste à dire que M. Mac-Carthy a admis avec M. Ricord que l'on n'avait qu'une seule fois la syphilis constitutionnelle. C'est un point de doctrine tout nouveau, qui a besoin d'être mieux formulé, pour devenir l'objet d'une discussion sérieuse. On peut cependant prévoir dès à présent que cette proposition est une de celles qui sont destinées à échapper à toute controverse. En effet, ou en réalité, un homme guéri de syphilis constitutionnelle restera pur tout le reste de la vie, et alors ce principe nouveau aura raison, ou bien, en apparence délivré d'un symptôme secondaire et ayant contracté un symptôme primitif nouveau, il sera une seconde fois affecté d'accidents dits d'infection générale, et alors on dira qu'il a été *mal guéri* la première fois!... Nous ne nous sentons pas la force d'argumenter contre une théorie si bien fortifiée!

En résumé la thèse de M. Mac-Carthy a eu surtout pour but de soutenir et de formuler des points de doctrine déjà parfaitement posés et connus; on y remarque d'ailleurs une forme tranchante qui serait tout au plus justifiée par une longue étude des maladies dont elle traite, et, pour emprunter à l'auteur une de ses *locutions*, il est permis de s'étonner que sous l'*autorité* de l'école à laquelle il appartient, il ne craigne pas de résoudre avec tant d'aisance des difficultés qui arrêtent les plus vieux et les plus expérimentés praticiens. Nous le répétons ici, nous avons parlé de cette thèse, parce qu'il entre dans l'esprit de cette publication de rendre compte de tous les travaux qui ont trait à la syphilis, à quelque école qu'ils appartiennent d'ailleurs, et qu'il peut être, pour nos lecteurs, intéressant de connaître.

L...

(1) Page 31.

TREMBLEMENT MERCURIEL GUÉRI PAR LES OPIACÉS.

Le docteur Coronet a traité cette maladie, déjà invétérée, par les opiacés à haute dose (2 grammes de laudanum de Rousseau en 24 heures), et l'amélioration a été si rapide, qu'au bout de deux jours de l'emploi de cette préparation, le malade entrait en convalescence; de telle sorte que la dose fut réduite de moitié, ce qui n'empêcha pas la guérison d'être complète peu de jours après. L'auteur, rapprochant ce fait de ceux très-nombreux où l'opium jouit d'une grande utilité, comme dans les cas de délire nerveux ou de *delirium tremens*, établit entre le tremblement mercuriel et celui de ces autres ma-

ladies un rapprochement qui ne manque pas d'intérêt, surtout sous le point de vue pratique. (*Gazetta med. de Milano*, 1843.)

DE L'INOCULATION DU VIRUS VACCIN DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ERECTILES.

On trouve inséré dans le bulletin chirurgical du journal dirigé par les docteurs Namias et Fantonetti (avril 1843) un cas de tumeur érectile chez un enfant guéri par l'inoculation du virus vaccin.

Un enfant de 13 mois portait au-dessus du sourcil gauche une tumeur érectile de forme irrégulière, de 3 centimètres de diamètre dans toutes ses dimensions, moins celle de l'épaisseur, qui était de plus d'un centimètre. Elle offrait tous les caractères propres à cette espèce de tumeur, et particulièrement celui de devenir plus turgescente et plus rouge lorsque l'enfant pleurait. La maladie avait paru, 5 mois après la naissance, sous l'aspect d'une morsure de puce, et la compression n'avait pu en arrêter le développement rapide. Le docteur Pigneaux voulut dans ce cas essayer l'inoculation du virus vaccin, qu'il inséra par neuf piqûres sur la surface de la tumeur. Ces piqûres donnèrent lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang, qu'on arrêta rapidement à l'aide de la compression exercée avec le doigt. Le quatrième jour après l'opération, la tumeur s'était gonflée, était devenue brune; sept pustules avaient commencé à se développer, mais elles restèrent petites jusqu'au neuvième jour. A cette époque, elles devinrent grosses et confluentes; au douzième jour, les croûtes s'étaient formées, et la tumeur érectile s'était de beaucoup affaissée. Vers le vingt-cinquième jour, la croûte qui couvrait celle-ci tomba, et permit de voir qu'elle était détruite; seulement, lorsque la plaie fut détergée, on remarqua au fond une petite portion de tissu rouge qui saignait au moindre contact. L'application de la poudre d'alun suffit pour rendre la guérison complète au bout de quelques jours. Outre le précepte d'appliquer la poudre d'alun dans ces cas, l'auteur donne encore celui d'insérer les pustules vaccinales au centre de la tumeur, et en assez grand nombre pour les rendre confluentes. Cette méthode très-facile, recommandée par M. Pigueaux, a le grand avantage d'épargner aux enfants, atteints assez souvent de tumeurs érectiles petites et superficielles, une opération douloureuse, quelquefois grave, et de leur procurer en même temps les bienfaits de l'inoculation vaccinale.

Nous devons regretter que, sous ce dernier point de vue, l'auteur du procédé n'ait pas formulé son avis sur l'efficacité de l'inoculation dans ce cas particulier.

Nous avons déjà publié dans le dernier numéro (1) un travail relatif au traitement des nœvi chez les enfants. Nous croyons devoir rappeler à ce propos, qu'un médecin français a présenté, il y a deux mois, à l'Institut, un mémoire où il expose un mode de traitement qui a beaucoup d'analogie avec celui qui est indiqué dans l'article ci-dessus énoncé. En voici le résumé.

M. Lafargue (de St-Émilien) indique comme moyen de détruire les nœvi, ou tumeurs érectiles congéniales, l'inoculation autour de la tumeur, au moyen de 5 à 6 piqûres de lancette, de l'huile de Croton tiglium. Il se développe, dit-il, à la place de chaque piqûre, un petit furoncle qui, réuni aux autres, forme une espèce d'anthrax bénin qui détruit la petite tumeur. Il est, ajoute-t-il, important de ne pas faire un trop grand nombre de piqûres, afin de modérer l'action de la fièvre. L'ulcération est ensuite traitée comme une ulcération simple. M. Lafargue dit que l'on peut employer une solution de tartre stibié, si l'on craint l'effet produit par l'huile de Croton. Il se développe dans ce dernier cas des pustules, et la petite tumeur guérit, comme lorsqu'on la traite par des piqûres vaccinales chez les enfants qui n'ont point été vaccinés.

ULCÉRATION SYPHILITIQUE DE LA LANGUE. APHONIE. *Cautérisation de l'arrière-gorge avec le nitrate d'argent.*

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Lisfranc.

Chez un malade affecté d'ulcération syphilitique de la langue, avec rougeur vive de l'épiglotte etaphonie, on a vu, sous l'influence de l'iodure de potassium, administré à l'intérieur, et d'un gargarisme avec le sulfate acide d'alumine, l'ulcération de la langue éprouver une amélioration considérable; mais la voix n'était pas revenue. On a touché alors l'épiglotte et les parties voisines avec le crayon de nitrate d'argent fondu, et, depuis cette époque, la voix a reparu. On revient à cette cautérisation tous les cinq ou six jours, et la voix reparaît de plus en plus.

Cette cautérisation de la muqueuse pharyngienne réussit dans un grand nombre de cas, mais surtout quand une influence chronique existe. M. Lisfranc l'a employée chez une femme, jouissant d'ailleurs de la santé la plus florissante, mais aphone depuis quatre ans. Trois cautérisations à huit jours d'intervalle ont suffi pour lui rendre la voix de la manière la plus complète. (*Gazette des Hôpitaux*, n. 26, t. VI. — II^e^ série.)

(1) *Annales*, vol. I, page 221.

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

1re ANNÉE. ——— 1er VOLUME. — N° 9. ——— AVRIL 1844.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ECTHYMA.

Les éruptions pustuleuses sont séparées entre elles par des formes bien tranchées; ainsi les plaques plus ou moins irrégulières, les croûtes molles et épaisses de l'impétigo, les petites tumeurs dures arrondies de l'acné et du sycosis, qui sont comme enchâssées dans l'épaisseur de la peau, les pustules en *godet* du porrigo, les élevures peu saillantes quasi bulleuses bien circonscrites de l'ecthyma, se présentent avec des caractères assez différents pour qu'il soit difficile de les jamais confondre. Ces caractères, tirés de la forme, correspondent en général assez bien à l'idée qu'on peut se faire aujourd'hui des points différents qui sont affectés par telle ou telle éruption pustuleuse. Il n'en est pas tout à fait de même de l'ecthyma, dont le siège anatomique ne nous semble pas pouvoir encore être définitivement établi. Biett, frappé de le forme constante des pustules phlyzaciées de l'ecthyma, de leur aspect, de leur évolution, de l'analogie qu'il leur trouvait avec celles de la variole, etc., avait pensé qu'elles siégeaient exclusivement dans les follicules sébacés.

Cependant leur position superficielle, la différence si tranchée qui existe entre l'ecthyma et d'autres éruptions moins aiguës, il est vrai, mais qui affectent le follicule d'une manière évidente, le développement de ces pustules sur des surfaces où les anatomistes n'ont pas découvert de follicules, à la paume des mains, à la plante des pieds; sont autant de raisons qui, appuyées sur d'autres encore que l'observation fournit sur la nature de la maladie, sont venues modifier dans mon esprit cette opinion de mon illustre maître.

L'ecthyma ne me paraît pas être une affection spéciale de telle ou telle des parties constituantes de la peau; c'est une inflammation de sa surface, si je puis dire ainsi, car l'état superficiel de l'affection en est presque une d'un caractère spécial. C'est une inflammation avec tous ses caractères et dans laquelle sont intéressés plusieurs des éléments de la peau. Il y a manifestement douleur, afflux de liquide, congestion sanguine, fluxion séreuse, formation de pus. L'inflammation peut être plus ou moins largement répandue, mais l'éruption toujours discrète a une évolution pour ainsi dire limitée; ainsi elle n'est pas entretenue par une sécrétion incessante, comme on le voit pour les surfaces humides de l'eczéma, pour les surfaces croûteuses de l'impétigo. Ici l'inflammation une fois établie,

suit pour ainsi dire ses phases fatales, et si la maladie se prolonge, ce n'est pas par augmentation sur place, mais bien par éruption successive.

Quoi qu'il en soit, l'ecthyma est une éruption assez commune et qui ne me semble pas avoir assez fixé l'attention des médecins. Elle a cependant une valeur réelle, soit que maladie, pour ainsi dire locale, elle complique une autre affection qu'elle masque ou dont elle prolonge la durée; soit que maladie générale, elle trahisse aux yeux du praticien un état constitutionnel dont elle est la fidèle expression.

Les diverses formes sous lesquelles peut se présenter l'ecthyma appartiennent à deux états dans lesquels il est bien différent : à l'état aigu et à l'état chronique. A l'état aigu, l'éruption est plus franchement pustuleuse, au moins dans le début; car plus tard, au contraire les croûtes sont moins épaisses que celles de l'ecthyma chronique, les pustules sont moins larges, leur éruption est plus douloureuse; elles sont aussi plus rapprochées, bien que toujours discrètes, car les cas dans lesquels on les voit réunies deux à deux sont des cas exceptionnels; l'éruption suit une marche régulière et franche, elle débute par des points rouges déjà assez nettement circonscrits. Ces petites plaques annoncées par une douleur souvent vive, piquante, accompagnée de cuisson et de brûlure, se soulèvent bientôt au centre et laissent apercevoir une petite collection purulente dès le début, quelquefois séro-purulente, suivant quelques conditions particulières, qui sont limitées bientôt par une aréole d'un rouge vif et constituent une pustule que l'on a appelée phlyzactée à cause de sa largeur, de son peu de saillie. L'épiderme en effet est à peine soulevé dans certaines régions, notamment à la paume des mains. Cette pustule peut rester intacte pendant plusieurs jours, souvent plus d'un septenaire, et c'est un fait digne de remarque, que cette longue intégrité de la pustule de l'ecthyma. Toutefois le liquide se coagule, et se convertit en une petite croûte brunâtre peu épaisse mais assez adhérente, le plus souvent dans cette forme la pustule a été déchirée ou se crève, et l'on voit comme une petite cavité dont le fond est rouge, comme excorié, et qui est limité en haut par l'enveloppe pustuleuse déchirée. Cet état, il faut le dire, est peu en rapport avec l'aspect superficiel de l'éruption, et a sans doute contribué à établir l'opinion formulée par Biett. Telle est la marche la plus ordinaire de l'ecthyma à l'état aigu. Cependant il arrive quelquefois, au milieu de son existence, que les pustules augmentent et dans leur saillie et dans leur largeur, il semble qu'il se fait une nouvelle fluxion, une nouvelle congestion, qui dans ce cas, leur donnent tout à fait l'aspect de certaines bulles de pemphygus. L'éruption a ordinairement une longue durée, souvent de plusieurs semaines, entretenue qu'elle est par l'apparition successive de nouvelles pustules. C'est ce qui a lieu quand elle a été produite par une cause permanente, quand elle accompagne une autre affection de la peau.

Le 21 mars 1844, la nommée S.... Alphonsine, âgée de 19 ans, fileuse de coton, née à Saint-Arnould (Seine-et-Oise), demeurant à Paris, est entrée dans mon service, salle Napoléon, n° 22, pour se faire traiter de la gale compliquée d'un ecthyma.

Ses parents n'ont jamais eu de maladie de la peau. Sa mère, trois tantes maternelles et une sœur aînée sont mortes phthisiques dans un âge peu avancé. Trois sœurs et quatre frères ayant tous dépassé l'enfance paraissent jouir d'une bonne santé. Chétive et très-délicate dans sa première enfance, Alphonsine S.... eut jusqu'à l'âge de deux ans plusieurs entérites à la suite desquelles son ventre resta dur et gonflé. A deux ans et demi on lui appliqua une bottine orthopédique pour remédier à une incurvation en dedans de la jambe droite. A 5 ans, éruption d'eczéma impétigineux au cuir chevelu. Cette maladie dure 2 ans, et à plusieurs reprises se complique d'ophthalmies graves. A 7 ans rougeole suivie d'un engorgement persistant des ganglions lymphatiques du cou. A 9 ans l'eczéma reparaît au cuir chevelu. A 13 ans, travail rude et pénible dans une filature de coton; l'appétit devient très-fort; l'eczéma disparaît, les engorgements du cou se résolvent, et la jambe droite acquiert rapidement une conformation normale. A 15 ans, première éruption des règles sans troubles particuliers. A 18 ans, elle travaille dans un atelier bas et humide, où l'air est constamment vicié par des émanations fétides et la poussière du coton, l'entassement des ouvriers et la privation de lumière, elle reste treize heures par jour dans ce milieu. Depuis son enfance elle a toujours aimé les salaisons; aujourd'hui encore le porc salé, les poissons et les fromages de haut goût forment la base de sa nourriture.

En août dernier, il lui vint sur les épaules

et sur les bras quelques plaques d'eczéma; elle consulta un pharmacien, et fit usage d'une pommade excitante qui fut probablement la cause d'une complication ajoutée à la première éruption. En effet, sur presque toute la surface du corps il survint de très larges pustules d'ecthyma. La malade fit alors fréquemment usage de bains; elle se purgea plusieurs fois, et suivit un régime doux. Ce traitement continué pendant un mois amena la guérison de l'eczéma et de sa complication.

Vers la fin de février, Alphonsine S... contracta la gale; depuis longtemps elle avait repris son ancien genre de régime, le porc, le poisson, le fromage et les salaisons. Peu après la première apparition des vésicules de gale et la sensation d'un prurit très-violent, il se développa autour des malléoles, puis aux jambes, aux cuisses, au ventre, sur la poitrine, le dos, les bras et les mains, des pustules d'ecthyma très-volumineuses et très-éparses. Lorsque la malade entra dans mon service, le 21 mars, la plupart des pustules étaient crevées; on voyait çà et là des taches brunâtres assez larges; en d'autres points de véritables petites cicatrices superficielles, des fragments d'épiderme entourant des surfaces orbondes ou rondes, paraissant récemment excoriées. Aux malléoles surtout, de grosses pustules, de la largeur d'un franc, flasques, ayant un épiderme extrêmement mince, et contenant un pus très-diffluent, séro-sanguinolent. Sur les crêtes tibiales quelques croûtes rondes, peu épaisses, rugueuses, chagrinées, et d'une couleur brunâtre et assez adhérentes. Dans les autres points, les croûtes rares, du reste, étaient encore plus minces, elles adhéraient faiblement par un de leurs bords. Outre cette éruption d'ecthyma, il y avait dans les intervalles des doigts des vésicules très-discrètes, sillonnées, acuminées et parfaitement caractéristiques de la gale; on les retrouvait sur la face interne de l'avant-bras, sur le ventre et la poitrine.

Je prescrivis la tisane de chicorée, des bains simples et 5 portions. J'avais, du reste, constaté que toutes les grandes fonctions s'exécutaient normalement. Les bains firent tomber rapidement les croûtes; la rougeur qui entourait les pustules devint moins vive, il en fut de même pour la douleur que la malade rapportait à chaque pustule, sensation qu'elle distinguait bien du prurit de la gale. Le 9 avril il restait à peine quelques pustules rares et très-petites à chaque main, dans les intervalles des doigts; nous espérions bientôt commencer le traitement de la gale, lorsque la malade dut sortir de l'hôpital pour cause d'indiscipline.

Dans quelques cas plus rares, l'éruption est simultanée, précédée de symptômes généraux de malaise, d'un mouvement fébrile, elle se traduit par les mêmes caractères; mais les pustules discrètes, plus petites, répandues sur une surface plus ou moins large, se développent en même temps, suivent ensemble les diverses phases de l'éruption. Celle-ci est, en général, très-douloureuse, accompagnée d'un gonflement comme érysipélateux des surfaces atteintes. La marche est plus rapide, et la durée dépasse rarement deux septenaires.

Le 14 mars 1844 est entré dans mon service, salle Henri IV, n. 78, le nommé M..... (Jean-Baptiste), âgé de 24 ans, né à Châlons (Saône-et-Loire), menuisier, affecté d'un ecthyma de la poitrine, du ventre et du bras gauche.

M..... est fortement constitué, il a la barbe, les cheveux et les yeux noirs, la peau brune, il est d'une taille moyenne.

Le père et la mère du malade sont forts et vigoureux, personne dans la famille n'a été atteint de maladies de la peau.

A 18 mois il eut la variole sans avoir été vacciné.

Il y a six mois, il n'avait jamais eu que des indispositions légères, lorsqu'il contracta une blennorrhagie peu intense, dont la durée fut de trois semaines. Du reste, il n'avait jamais commis d'excès, il avait un bon régime alimentaire, seulement il aimait beaucoup le sel et les salaisons.

Dans les derniers jours de février 1844, il eut la gale. Guéri depuis plusieurs jours, le 9 mars, il prit une fumigation sulfureuse à laquelle il resta exposé plus que de coutume; le même soir il but plusieurs verres de vin chaud. Dans la nuit il eut une transpiration abondante; sur la peau de la poitrine, du ventre et du bras gauche, il ressentit des douleurs lancinantes; le lendemain matin, il constata dans les mêmes points un grand nombre de plaques rouges de la largeur d'un centime, d'un franc, légèrement saillantes au-dessus du niveau de la peau. La saillie était dure, un peu conique; la douleur lancinante existait surtout au niveau de chaque plaque.

En même temps congestion cérébrale légère, inappétence, nausées, douleur à l'épigastre; ces derniers troubles n'eurent du reste que deux jours de durée. Il n'avait pas tardé à se montrer sur le sommet de chaque élevure une petite perle de sérosité parfaitement transparente; le lendemain, ce liquide avait perdu sa transparence. Le 13 mars, il y avait des pustules caractéristiques d'ecthyma sur chaque plaque rouge, qui, dure, résistante, très-douloureuse à la pression, servait de base à la collection purulente. Le 14, lorsque nous vîmes M.... à notre première visite, il avait dans les

régions que nous avons signalées plus haut, la poitrine, le ventre et le bras gauche, un assez grand nombre de pustules très-disséminées, assez petites, légèrement coniques, mais reposant sur une base large, noueuse et érythémateuse; la douleur lancinante avait disparu pour faire place à une légère sensation de cuisson. Toutes les fonctions étaient à l'état normal, il y avait seulement un peu d'anorexie. — Tisane de chicorée sauvage, bain simple, deux portions d'aliments. — Le 16, le 17 et le 18, les pustules s'ouvrirent à leur sommet, en donnant issue à un liquide purulent peu épais, et dans lequel il y avait pour quelques pustules des stries de sang. Les douleurs avaient tout à fait disparu, il ne restait plus qu'une démangeaison légère qui se reproduisait à de rares intervalles. Déjà la couleur rouge des élevures avait graduellement perdu de son intensité; il n'y avait plus dans ce point qu'une très-légère saillie au-dessus du niveau de la peau; sur le bras seulement ily avait quelques débris de croûtes qui, dissoutes en partie pendant la durée des bains n'avaient aucun caractère saisissable; la quantité des aliments fut augmentée de deux portions. Le 20, il ne resta plus que les taches brunâtres violacées qui succèdent à la pustule d'ecthyma. M...., fort et vigoureux jouissait de l'intégrité de toutes ses fonctions, et le 22 mars 1844, nous pûmes le renvoyer de la salle Henri IV, le considérant comme parfaitement guéri de son ecthyma.

A l'état chronique, l'ecthyma se présente avec un aspect différent, les pustules sont plus rares, quelquefois même très-peu nombreuses, trois ou quatre pustules sur les membres inférieurs constituent, dans quelques cas, la maladie. C'est surtout alors qu'elles occupent une grande surface, il n'est pas rare dans ce cas de les voir présenter la largeur d'une pièce d'un franc et plus. Mais l'ecthyma chronique peut exister avec des pustules beaucoup moins grandes, et dans ce cas aussi elles sont plus nombreuses. En général, elles sont aussi moins nettement circonscrites, que celles de l'ecthyma aigu, ce qui tient à deux raisons qui touchent à leur mode de développement. L'épiderme, en effet, est tout d'un coup soulevé plus largement, et la collection qui le soulève n'est pas arrêtée immédiatement à la circonférence par l'espèce de bourrelet enflammé qui constitue la base de l'ecthyma aigu. D'un autre côté, il arrive quelquefois qu'alors que la croûte est formée, quelques petits soulèvements de l'épiderme se fassent irrégulièrement dans divers points de la circonférence de cette croûte; ceci n'a lieu, d'ailleurs, que dans certaines formes de pustules très-larges, et qui, par cette raison, se rapprochent beaucoup du rupia. Quoi qu'il en soit dans l'ecthyma chronique, la peau est à peine enflammée, la pustule se forme avec peine ou plutôt le soulèvement de l'épiderme est facile; mais il reste quelquefois flasque, plissé, il gagne en étendue ce qu'il perd en saillie. Ce n'est plus, comme je disais tout à l'heure, l'auréole vive de l'ecthyma aigu, c'est un cercle dont la couleur varie depuis le rouge pâle jusqu'à la teinte brune, quelquefois même violacée. Le liquide variable aussi, ordinairement peu épais, du moins dans le début, finit par se convertir en une croûte le plus souvent noirâtre, quelquefois très-adhérente et qui laisse après elle une excoriation sanieuse, une empreinte qui reste longtemps foncée, une véritable cicatricule. L'ecthyma chronique est plus commun aux membres inférieurs; tandis qu'il est beaucoup plus fréquent de rencontrer l'ecthyma aigu aux bras et aux mains. L'un et l'autre sont, du reste, fort rares au tronc si l'on en excepte quelques cas d'ecthyma spontané, comme celui dont je viens de citer l'exemple, et d'autres provoqués artificiellement. Tels sont les caractères avec lesquels peut se présenter cette éruption pustuleuse, caractères différents comme on le voit suivant l'état de cette éruption et qui peuvent varier encore suivant l'âge, la constitution du malade et les causes diverses qui la produisent. Ces causes peuvent d'ailleurs se rapporter à deux ordres principaux. Ou bien c'est une affection toute locale, pour ainsi dire, ou bien c'est une maladie générale constitutionnelle. Un grand nombre de causes agisssant directement sur la peau peuvent produire l'ecthyma.

On sait que ce sont les pustules phlyzaciées de cette éruption que l'on détermine à volonté par certaines applications emplastiques, et seulement par les frictions irritantes faites avec l'huile de croton-tiglion et le tartre stibié. J'ai déjà eu occasion de dire que telle application irritante faite sur la peau ne détermine pas indifféremment telle ou telle éruption, et je répéterai ici, à l'occasion de l'ecthyma, un fait d'observation assez curieux. On sait que dans les salles consacrées au traitement de la gale, la moyenne du séjour des

malades est surtout augmentée par les éruptions qui compliquent cette maladie. Lorsque l'on traite la gale par des frictions quelconques, à l'aide de corps gras, c'est surtout l'eczéma qui vient souvent comme complication.

Depuis longtemps j'ai remplacé les frictions par les lotions; l'eczéma est devenu une complication fort rare, mais je n'ai jamais tant vu de gales compliquées d'ecthyma.

Une cause assez fréquente encore d'ecthyma, et qu'il faut considérer comme cause locale, c'est la présence d'une autre éruption qu'il vient compliquer sans l'intervention du traitement. Je citerai encore la gale elle-même qu'il est fréquent de voir accompagnée de pustules ecthymoïques, alors que les malades n'avaient encore rien fait pour la combattre; c'est cette gale, du reste, qu'Alibert a décrite sous le nom de gale pustuleuse.

Il faut cependant certaines conditions particulières pour déterminer la présence de pustules phlyzaciées compliquant une autre maladie de la peau; il faut surtout que celle-ci ait été puissamment excitée, et principalement d'une certaine façon. Ainsi ce n'est pas l'impétigo, par exemple, qui se complique plus ordinairement de l'ecthyma, bien que ces deux éruptions semblassent se rapprocher *a priori* par la nature et la forme pustuleuse; mais ce sont les maladies accompagnées de prurit, et c'est à cette dernière condition que je n'hésite pas à attribuer la fréquence de l'ecthyma avec la gale. Après cette dernière affection, ce sont les maladies papuleuses, le prurigo et le lichen, avec lesquels on observe le plus souvent les pustules d'ecthyma.

Le 2 mars 1844 est entrée dans mon service, salle Napoléon, n° 33, une femme, nommée Clémence M., âgée de 20 ans, née à Étampes (Seine-et-Oise), demeurant à Paris, lingère; affectée d'une éruption d'ecthyma répandue sur presque toute la surface du corps; mais présentant surtout plus d'intensité aux bras, aux mains, au ventre et aux jambes. Son père a toujours été bien portant. Sa mère, à l'âge de 15 ans, avait déjà suivi plusieurs traitements pour un eczéma rebelle et très-étendu, quand elle s'adressa à un empirique, qui lui conseilla de faire sur les surfaces suintantes de rudes frictions avec de la paille trempée dans une lessive concentrée. A la suite de la première friction, qui fut aussi la dernière, il y eut une hémorrhagie abondante de la peau, une fièvre intense, du délire, et une série d'autres troubles graves, qui mirent la vie de la malade en danger. Cependant elle ne tarda pas à se rétablir, et aujourd'hui, âgée de 60 ans, elle a eu seulement, depuis la guérison de l'eczéma, quelques bronchites sans gravité. Un frère cadet de Clémence M. eut aussi, à l'âge de 11 ans, un eczéma siégeant au bras droit. Le malade fut guéri, malgré l'emploi de la cautérisation au nitrate d'argent, comme moyen de traitement.

Clémence M... est petite de taille, d'une assez forte constitution; ses yeux sont bruns, ses cheveux sont châtain foncé; elle a la peau fine. Dans la première enfance, elle eut des convulsions assez fortes; de 7 à 11 ans, des engorgements passagers des ganglions lymphatiques du cou; à 14 ans 1/2, la menstruation s'est établie sans accident notable; mais jusqu'à présent cette fonction n'a jamais été régulière; à 15 ans, elle eut la fièvre typhoïde à Etampes. Après un mois de convalescence, elle vint à Paris. Elle éprouva dès lors de la douleur à l'épigastre, de la lenteur dans la digestion; son ventre était souvent dur et tendu; elle était habituellement constipée. En même temps, céphalalgies opiniâtres, étourdissements, démangeaisons assez vives sur la peau des mains, des bras et du ventre, avec moiteur générale et transpiration souvent assez abondante pour que Clémence M... changeât plusieurs fois de linge par jour. Jusqu'à l'âge de 19 ans, ces accidents persistèrent avec plus ou moins d'intensité. A cette époque, elle devint enceinte pour la première fois; il n'y eut pendant les premiers mois de la grossesse aucune indisposition inhérente à cet état; au contraire, les douleurs d'estomac disparurent, l'appétit fut plus vif, et les digestions devinrent régulières; la taille prit du développement, les membres de la force; en même temps, les démangeaisons, de moins en moins fréquentes, finirent par ne plus reparaître.

Vers la fin de septembre 1843, cinquième mois de la grossesse, Clémence M... vit paraître, sur la face dorsale de la main gauche, des papules de prurigo. L'éruption, longtemps bornée à cette région, s'étendit ensuite aux avant-bras, aux bras, au ventre et aux membres inférieurs. En même temps des démangeaisons assez vives reparurent, et le sommeil fut presque complétement perdu. Deux mois après, malgré la persistance du prurit, les papules commencèrent à disparaître peu à peu; mais aussi, il se développait sur les régions qui depuis l'âge de 15 ans, avaient été surtout le siége de vives démangeaisons, des pustules rondes, saillantes, non ombiliquées, entourées d'un petit cercle érythémateux et donnant lieu à des croûtes sèches et adhérentes de couleur brunâtre.

Déjà le prurigo avait complétement disparu, et la nouvelle éruption gagnait insensiblement d'autres régions quand le terme de la grossesse arriva. Les couches furent heureuses, la fièvre, la suppression provoquée de la sécrétion lactée et l'écoulement des lochies se produisirent d'une manière régulière. Cependant l'éruption pustuleuse n'avait pas été un instant ralentie dans ses progrès; elle avait envahi presque toute la surface du corps quand la malade consulta un médecin dans les derniers jours de février. On lui conseilla des frictions avec une pommade contenant du soufre; des bains simples, la tisane de chicorée sauvage édulcorée avec le sirop de fumeterre et un régime doux. Sous l'influence de ce traitement, la peau des membres supérieurs, vivement irritée, se recouvrit dans les points laissés intacts par l'éruption pustuleuse, d'une série de vésicules agglomérées et très-fines; il y avait rougeur vive, gonflement considérable avec engorgement des ganglions axillaires, et tuméfaction noueuse des vaisseaux lymphatiques qui rampent à la face interne des bras. Les vésicules ne tardèrent pas à donner lieu, par leur rupture, à un suintement qui se prit en croûtes minces jaunâtres. La malade fut gênée dans ses mouvements, la flexion de l'avant-bras sur le bras fut impossible, les mouvements partiels et très-bornés qui s'exécutaient dans ce sens donnaient lieu à une douleur très-vive. En même temps il y avait de la fièvre, de l'insomnie, une constipation opiniâtre et des douleurs cuissantes sur les points où l'eczéma venait de s'établir comme complication. Des vésicules se montrèrent peu après sur le ventre, où il se fit une exhalation abondante de sérosité.

Tel était l'état de la malade le jour de notre première visite (9 mars 1844). Il nous fut facile de reconnaître l'éruption pustuleuse pour un ecthyma beaucoup plus intense et moins disséminé qu'on a communément l'occasion de le rencontrer. (Tisane de chicorée sauvage, eau de Sedlitz, cataplasmes émollients sur les bras, bains simples, deux portions.) A part le purgatif qui n'était prescrit qu'à certains intervalles, ce régime fut continué pendant près de quinze jours. Alors le gonflement et la rougeur des bras avaient presque complétement disparu, l'engorgement des ganglions lymphatiques était moins considérable; la flexion de l'avant-bras sur le bras s'exécutait sans douleur, mais toujours avec un peu de gêne. L'eczéma, qui s'était établi comme complication, avait entièrement disparu. Il est à remarquer que, pendant toute la durée de l'affection vésiculeuse, l'ecthyma, qui occupait les mêmes régions, ne fut en rien modifié soit dans sa forme, soit dans sa marche ou son intensité. Aussi bien dans les autres régions était-il toujours constitué par les pustules dont nous avons déjà parlé plus haut en énumérant quelques-uns de leurs caractères. Loin de ces petites collections purulentes, confusément disséminées, on voyait en même temps de nombreuses petites taches d'un rouge violacé, dernières traces d'anciennes pustules ayant subi toutes les phases de leur évolution. Dans d'autres points, on pouvait encore distinguer de petites rougeurs très-circonscrites; là existait le plus souvent, pendant la nuit, une douleur lancinante très-vive; le lendemain, l'épiderme était soulevé par un liquide transparent séreux; le surlendemain c'était du pus, et la pustule se déchirait tantôt un jour, tantôt deux jours après sa parfaite formation. Un feuillet épidermique très-mince, incurvé vers le centre, véritable débris de la loge pustuleuse, persistait tantôt un, tantôt deux jours; enfin il n'y avait plus après sa chute qu'une rougeur violacée dont nous avons déjà parlé.

Cependant la constipation était toujours aussi opiniâtre, il y avait de l'insomnie, des maux de tête et des pesanteurs d'estomac. Le calomel à la dose de 0,20 et des lavements purgatifs furent prescrits. Le 17 mars, pour la première fois depuis l'accouchement, les règles coulèrent pendant un jour seulement. L'éruption ne parut subir aucune modification notable. Les groupes irréguliers qui avaient été surtout très-nombreux sur les mains et sur le ventre devenaient cependant de plus en plus disséminés. La peau était presque constamment en moiteur; les démangeaisons, toujours très-vives, continuaient de présenter une exacerbation vers le milieu de la nuit; du reste la malade restait constamment au lit. Le 23 mars, Clémence M. contracta une bronchite légère; cette circonstance me fit suspendre l'usage des bains; je prescrivis un régime approprié. L'acuité de l'éruption pustuleuse était depuis quelques jours manifestement moins vive, les poussées se ralentissaient, elles étaient aussi moins abondantes. Plusieurs fois je pus constater, à la paume de la main et à la plante des pieds, régions très-rarement atteintes par l'ecthyma, des pustules parfaitement caractéristiques de cette éruption; elles étaient plus grosses que dans les autres parties du corps où elles n'avaient jamais dépassé le volume d'un très-petit pois. Aplaties, non tendues, et bornées par un épiderme plissé, elles atteignirent quelquefois le volume d'un centime. Le feuillet épidermique, après la rupture de la pustule, était plus étendu; il n'était pas complétement séparé de l'épiderme resté sain, auquel il adhérait très-solidement. Aussi ne tombait-il pas vite dans ces régions où la malade l'enlevait par petites lanières plus ou moins épaisses. Le 1er avril, il n'y avait déjà plus de pustules sur les bras, sur les

avant-bras et sur les jambes; à peine en trouvait-on quelques-unes sur la poitrine et autour des mamelons. L'éruption paraissait conserver plus de ténacité au ventre et surtout aux mains. Je fis faire des frictions avec la pommade sulfuro-alcaline; toujours je fus obligé d'insister sur les purgatifs, le calomel principalement, la constipation se reproduisant sans cesse avec opiniâtreté; enfin sur le ventre et sur la poitrine, il ne resta bientôt plus que des taches et de petits feuillets épidermiques pour accuser la présence antérieure de l'ecthyma. Le 12, Clémence M. demande à sortir de l'hôpital, elle a encore la bronchite dont nous avons signalé plus haut l'apparition. Les règles se sont présentées il y a deux jours, l'ecthyma n'a pas été modifié en plus ou en moins; mais il est survenu à la face et au front surtout de petites rougeurs recouvertes de squames, de pityriasis. La malade est encore constipée, elle a des douleurs d'estomac et des maux de tête, elle perd abondamment en blanc. Les mains sont toujours le siége d'un assez grand nombre de pustules moins volumineuses, éveillant une démangeaison moins vive. Le prurit, dans tous les points désertés par l'éruption, se reproduit comme il avait existé même avant la grossesse, c'est-à-dire surtout aux bras, au ventre et aux mains. En somme, la guérison de l'ecthyma nous paraît très-prochaine si Clémence M. continue de suivre le régime et le mode de traitement que nous lui avons conseillés.

L'ecthyma, et surtout l'ecthyma chronique, est souvent aussi l'expression d'un état général, d'un état constitutionnel. Il n'est pas très rare de voir après les fièvres éruptives, par exemple, et surtout après la variole, des éruptions successives de pustules ecthymoïdes, prolonger la convalescence pendant plusieurs semaines. C'est à cette cause générale qu'il faut rapporter surtout ces éruptions d'ecthyma qu'on observe au déclin de l'âge, quelquefois même dans la jeunesse, mais alors à la condition d'une détérioration de l'économie par la misère, les affections morales, la débauche, la malpropreté, les excès de toute espèce.

Le 28 février 1844, est entré dans mon service salle Henri IV, n° 99, le nommé L..... Camille, âgé de 21 ans, typographe, né à Paris, affecté d'un ecthyma simple siégeant au cou, aux bras et aux membres inférieurs. Son père et sa mère ont toujours eu une bonne santé; personne dans sa famille n'a été atteint de maladie de la peau.

A quatre ans il eut la coqueluche; peu de temps après il contracta la rougeole. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de 15 à 16 ans, il fut souvent indisposé. Il avait une mauvaise nourriture, souvent même il en était privé. Il se livra dès son extrême enfance à la masturbation, à 14 ans il fréquentait les maisons publiques où il faisait des excès de coït et de liqueurs fortes.

A 17 ans, il contracta une chaudepisse qui coula pendant 6 mois; l'écoulement paraissait avoir été suspendu par l'usage de la potion de Chopart prise 3 fois, il se montra de nouveau peu après, diminua insensiblement; mais il resta un suintement qui ne disparut jamais complétement.

En novembre dernier, le malade s'exposa à une nouvelle infection, l'écoulement reparut avec abandance, il s'accompagna de symptômes inflammatoires assez violents. Deux bubons s'abcédèrent et se cicatrisèrent en 20 jours, les ganglions restèrent engorgés et douloureux; le malade fit usage de la tisane de salsepareille; il prit quelques pilules dont il ne connaît pas la composition. Aujourd'hui il suinte encore de l'urètre un liquide muco-purulent qui agglutine les lèvres du méat urinaire.

Cependant L..... continuait de faire des excès de boissons, il abusait toujours du coït, il avait un mauvais régime, souvent encore il subissait des privations de nourriture et négligeait toute espèce de soin de propreté. Sa maigreur était très-grande, il avait souvent des maux de tête, des vertiges, des pesanteurs d'estomac, des coliques et de la diarrhée.

Dans les premiers jours de février il eut des lassitudes spontanées, une diarrhée très-intense avec de vives coliques. Vers le 8 du même mois, cet état parut jugé par l'apparition de démangeaisons si cuisantes que le malade en perdit le sommeil; elles se présentaient surtout au cou, aux bras, aux membres inférieurs; il se développa aussi sur toutes les parties du corps un grand nombre de poux.

Peu de jours après, il survint, dans les points où le prurit se manifestait, une grande quantité de petites pustules très-disséminées; le malade les écorcha. Aussitôt il se fit une poussée de pustules plus volumineuses; elle se montrèrent d'abord plus grosses et plus nombreusés aux cuisses, puis aux jambes, aux bras, au cou, aux aisselles. L'appétit devint si prononcé que L..... rapporte qu'il mangeait alors comme *un ogre*. Cependant les pustules devenaient toujours plus nombreuses. Le 28 février, il se décide à entrer à l'hôpital Saint-Louis.

L..... est d'une taille moyenne, d'une faible constitution, sa maigreur est très-prononcée, il a les cheveux blonds, les yeux bleus, la peau fine et blanche; il a beaucoup de dents cariées; les gencives sont fongueuses et saignantes. Sur le cou, les bras, les cuisses et

les jambes, il y a un grand nombre de pustules parfaitement rondes, reposant sur une base enflammée; très-disséminées, les unes de la largeur et de la grosseur d'un pois, d'autres plus volumineuses, et semblables à de petites noisettes. Presque toutes sont tendues, légèrement élastiques, parfaitement purulentes. Cependant dans les parties les plus déclives de la jambe droite, on rencontre quelques petites collections, qui, par leur forme et la nature du liquide qu'ils contiennent, semblent indiquer la transition de la pustule ecthymoïque, à la bulle du rupia. En effet, dans ces points la rougeur de la base est moins intense; le décollement de l'épiderme est plus considérable; cette membrane macérée par le liquide qui la soulève forme des plis irréguliers. Là ce n'est plus du pus jaunâtre et d'une assez grande consistance; c'est un mélange de sérosité et de pus, au milieu duquel on trouve quelques stries de sang. Le liquide s'accumule dans la partie la plus déclive de la bullo-pustule, et c'est en ce point que la rupture a lieu; une croûte mince, obronde, écailleuse, d'un vert noirâtre, succède à cette forme de l'éruption. Dans les autres points, on rencontre aussi quelques croûtes rondes, épaisses, saillantes, très-adhérentes, d'une couleur sombre, rugueuses et plates à leur sommet. L..... transpire beaucoup, sa sueur exhale une odeur fade et nauséabonde.

Je fis garder le repos au lit; je prescrivis la limonade pour boisson et cinq portions d'aliments. Jusqu'au 12 mars, il apparut chaque jour quelques pustules, mais plus petites, très-disséminées, et reposant sur une base moins enflammée. A cette époque, il y avait partout des croûtes semblables à celles que nous venons de décrire. En plusieurs points précédemment recouverts de croûtes, on voyait des taches, les unes d'un rouge violacé, les autres brunâtres, d'autres encore jaunâtres. La digestion s'exécutait normalement; le ventre était libre sans être trop relâché; la transpiration était toujours abondante, mais moins nauséabonde. Les croûtes, toujours très-adhérentes, tombèrent lentement, et ce ne fut que le 29 mars que je pus renvoyer L....., le considérant comme parfaitement guéri. Les sueurs avaient graduellement diminué, l'embonpoint avait reparu; il ne restait plus que deux croûtes très-adhérentes, de la largeur de 4 à 5 lignes, sur la crête tibiale droite; deux autres, à moitié détachées, à la partie supérieure de la cuisse, et enfin une petite à la face dorsale et moyenne de l'avant-bras.

L'ecthyma comme on le voit, est une de ces éruptions qui, comme l'érysipèle, par exemple, peut se présenter dans les conditions les plus opposées, sous les influences les plus différentes chez les individus jeunes, vigoureux, comme on le voit pour l'ecthyma aigu, et aussi chez les vieillards ou les individus débilités, ainsi qu'on l'observe par l'ecthyma chronique, et c'est dans ces considérations, qu'il serait inutile de poursuivre plus loin, que l'on peut trouver quelques raisons encore pour refuser à cette éruption un siége aussi restreint et aussi spécial que les follicules sébacés.

Une maladie qui se présente avec de pareils caractères, ne saurait être facilement confondue avec d'autres éruptions. Il y a cependant une affection qui, par sa variété la plus simple, touche de bien près à la forme la plus grave de l'ecthyma avec laquelle on a proposé de la confondre : je veux parler du rupia.

Tout en admettant une grande analogie entre ces deux éruptions, je crois cependant que ce sont deux formes à part. Et d'abord quand on veut établir le diagnostic de deux maladies, ce n'est pas dans les exceptions que l'on va chercher les caractères, mais bien dans l'état parfait. Or, à cet état, l'ecthyma et le rupia sont évidemment deux affections distinctes; en les comparant même dans les points où elles se rapprochent par leurs extrêmes, il y a encore des différences positives; et jamais ces additions incomplètes qui ont lieu autour de certaines pustules, ou de certaines croûtes d'ecthyma, additions qui, dans ce cas, forment l'exception, ne les font ressembler aux croûtes étagées du rupia.

Une erreur plus facile et plus grave, est celle qui pourait faire et qui fait confondre tous les jours, l'ecthyma simple avec l'ecthyma syphilitique. On la comprend d'autant mieux, qu'ici, à proprement parler, il n'y a pas de différence de forme, mais seulement de nature. Toutefois, sans parler des symptômes concomittants, de l'habitude générale, de la couleur de la peau; la teinte cuivrée de l'aréole, et la forme de l'ulcération que laisse après elle la croûte noire et épaisse de l'ecthyma syphilitique, sont des caractères suffisants pour éclairer le diagnostic.

Comme il résulte des considérations précédentes, l'ecthyma ne saurait être regardé comme une grave affection par elle-même. A l'état aigu, c'est toujours une affection peu fâcheuse; à l'état chronique, elle peut traduire, il est vrai, un état général d'une gravité réelle; mais cette gravité alors ne

lui appartient point, puisqu'elle n'est, à proprement parler, dans ce cas qu'un épiphénomène.

L'ecthyma aigu réclame, en général, un traitement antiphlogistique, modifié, bien entendu, par la constitution de l'individu, et par les conditions mêmes dans lesquelles il s'est développé. Quelquefois les émissions sanguines, toujours des boissons rafraîchissantes, des bains émollients, un régime doux, le repos du membre, et, à la fin, des purgatifs légers; tels sont, en général, les moyens qu'il convient de lui opposer.

Quant à l'ecthyma chronique, il réclame un traitement tout opposé; souvent même le repos, des conditions hygiéniques meilleures, un régime réparateur, suffisent, en restaurant, si je puis dire ainsi, l'économie, sans qu'il soit utile d'avoir recours à des médicaments proprement dits. Cependant, ce régime diététique est quelquefois puissamment aidé par l'usage des amers, des ferrugineux, par l'emploi de quelques bains gélatineux alcalins.

En général, l'éruption par elle-même, ne réclame l'emploi d'aucun topique; il y a cependant quelques cas dans lesquels les excoriations de mauvaise nature, qui appartiennent à certaines formes de l'ecthyma, réclament l'application de certaines pommades astringentes, ou même quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent ou un acide étendu.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SYPHILIS

AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

(Quatrième article.)

FABRE. — LES EMPIRIQUES. — LIEUTAUD.

L'ouvrage d'Astruc devait rester longtemps comme le corps de doctrine le plus complet en matière de syphilographie; aussi doit-on le considérer comme un type auquel viennent nécessairement se rattacher la plupart des traités, même importants, que l'on vit éclore jusqu'au moment où l'école anglaise devait faire révolution dans la science. On signale cependant, parmi ces monographies secondaires, quelques ouvrages sérieux qui méritent d'être mentionnés, et il faut citer à leur tête le livre de Fabre (1), élève recommandable du fameux J.-L. Petit, cette gloire chirurgicale du XVIII^e^ siècle.

Fabre avait présenté d'abord ses opinions sur les maladies vénériennes sous la forme d'essai (2), avec une exposition de la méthode de Petit dans leur traitement; plus tard, il compléta son travail en lui donnant un cachet plus personnel : c'est de son dernier traité, qui parut en 1765, que je m'occuperai exclusivement ici, en ayant soin, pour éviter des redites inutiles, de n'insister que sur les points qui se recommandent par des vues originales.

La contagion de la syphilis étant désormais acceptée comme un fait indiscutable, les auteurs ne pouvaient plus que l'indiquer sans commentaire. Il faut cependant signaler dans l'ouvrage de Fabre, et à propos de ce point si connu, une donnée qui me semble présenter quelque intérêt. Après avoir énoncé que le virus peut se communiquer par des baisers lascifs sur la bouche, ou sur les parties génitales d'une personne gâtée, il ajoute que les lèvres ou la langue *reçoivent l'impression du virus, et en portent le plus souvent les marques sensibles.* Il semble que Fabre ait pressenti une opinion toute moderne, qui attribue l'infection locale à une réaction, au point contaminé, en vertu de certaines lois que l'on pourrait appeler sympathiques. Après avoir établi que la syphilis était surtout contagieuse à l'état aigu, le disciple de Petit s'est demandé si, alors même que le virus avait envahi l'économie, et que la maladie vénérienne existait à l'état chronique, elle pouvait cependant être trans-

(1) *Traité des maladies vénériennes*, par M. Fabre, etc., Paris 1765.

(2) *Essai sur les maladies vénériennes*, etc., Paris 1758.

missible par contagion. Obéissant à l'autorité des faits, Fabre a pensé que, sous l'empire de certaines circonstances individuelles inappréciables, la syphilis pouvait, même après une longue période d'innocuité apparente, se manifester de nouveau à l'état aigu, et devenir, sans cause apparente, un foyer d'infection. Cette appréciation a une grande valeur, car elle touche à un des points les plus importants et les plus obscurs peut-être de l'histoire de la syphilis; il est vrai que Fabre ne l'a présentée que comme le simple énoncé d'un fait; mais c'est ainsi que procède la science, et les plus belles conquêtes sont souvent fondées sur des détails d'observation.

En lisant les considérations générales qui ouvrent le livre de Fabre, on est surtout frappé de l'originalité de ses opinions au point de vue de la communication du virus par voie de génération. Le premier, il a établi formellement une ligne de démarcation entre la syphilis congéniale et la syphilis héréditaire. Les syphilographes se préoccupaient alors très-vivement de savoir si le virus, transmis par génération, pouvait sommeiller, pendant de longues années, chez l'enfant infecté, et manifester plus tard son action par des symptômes très-tranchés : Fabre en prit occasion pour faire observer que cela ne pouvait avoir lieu, quand le père ou la mère, ayant actuellement la vérole, la transmettait à leur enfant. Dans ce cas, dit-il, il arrive que les enfants sont infectés du virus au point qu'ils meurent dans la matrice, ou qu'ils viennent au monde vivants, mais couverts d'ulcères. Dans certains, la maladie se déclare peu de temps après la naissance... « mais s'il n'y a pas eu, de la part de la mère et pendant la grossesse, des symptômes vénériens récents, l'enfant vient au monde le plus souvent avec l'apparence d'une bonne santé; et si le germe de la maladie qu'il apporte en naissant se développe dans la suite et se manifeste, ce n'est que par des symptômes qui lui sont étrangers. » Reconnaissons d'abord tout ce qu'il y avait de saine observation dans ces quelques lignes, écrites il y a presque cent ans, et disons, pour expliquer la pensée de notre auteur, qu'il croyait que le virus vénérien pouvait, lorsqu'il était transmis par l'hérédité, subir des modifications telles, que son action ne se traduisait plus que par les *écrouelles*, par le rachitis, par le scorbut, etc. C'est là toute la fameuse théorie de la syphilis larvée, qui devait éveiller tant de susceptibilités, et appeler tant d'attaques contre la syphilis elle-même! Fabre ne faisait d'ailleurs que reproduire ici une opinion déjà vieille, que nous avons vue formulée largement par Sanchez : c'était d'ailleurs à la condition seulement de cette modification du virus, qu'il admettait le sommeil de la syphilis chez les personnes infectées héréditairement. Si d'ailleurs il n'y avait rien de spécial pour lui dans cette manifestation souvent lointaine de la vérole héréditaire, il ne faut pas s'étonner de cette contradiction apparente; on n'en était pas encore venu à apprécier complétement la marche et le développement des symptômes secondaires de la syphilis.

Fabre reconnaissait que les qualités et les effets du virus pouvaient varier suivant une foule de circonstances : ainsi il produisait, dans certains cas, une maladie aiguë, variable dans son intensité, quelquefois mortelle : alors il y avait une suppuration excessive; puis des caries graves, puis la gangrène, etc. : le plus souvent les effets de l'infection se manifestaient avec une marche insidieuse, lente, presque inappréciable; ils variaient alors à l'infini, attaquant tantôt les fluides, tantôt les parties plus dures, tantôt le système nerveux, pouvant simuler enfin toutes les affections chroniques. Dans ce dernier cas, il pouvait rester dans le corps pendant dix, vingt, trente ans et plus, sans paraître altérer la santé en aucune manière. La conséquence de ce système était que Fabre n'admettait pas pour le virus d'effets constamment successifs et continus, et qu'il regardait les diverses manifestations de l'empoisonnement syphilitique comme les paroxysmes accidentels d'une même maladie dont la cause n'était pas détruite. Du reste, il avait admis, avec la plupart des philosophes de son temps, que le virus venerien pouvait s'allier aux autres virus, circonstance qui rendait très-difficile le diagnostic des symptômes traduisant l'action du premier, et qui d'ailleurs était la base de la doctrine des maladies vénériennes larvées.

Nous avons vu qu'à diverses époques l'élimination du virus par les symptômes primitifs avait été regardée comme une chose heureuse; Astruc en avait conclu

que la gonorrhée exposait moins à la vérole générale. Fabre reproduisit cette opinion en avançant que les chancres étaient suivis plus rapidement que la gonorrhée de phénomènes secondaires; il ajouta qu'il y avait une différence marquée dans l'intensité de ces phénomènes beaucoup plus grave à la suite de ces ulcérations. Pourtant Fabre était bien loin de conclure de ces faits contre l'identité; car il a pris soin de dire que « le virus qui produit les chancres n'est point différent de celui de la gonorrhée... ; qu'ils peuvent l'un et l'autre être puisés à la même source... ; que de deux hommes qui voient une même femme, l'un peut gagner des chancres et l'autre une gonorrhée... ; qu'enfin, c'est un fait démontré par l'expérience de tous les jours..... » Il faut pourtant bien noter ces assertions toutes nouvelles; car elles devaient servir plus tard d'éléments à la théorie du double virus.

Il semble qu'au point de vue du pronostic, Fabre ait emprunté à Sanchez les sombres couleurs avec lesquelles il dépeignait les effets de la syphilis. En effet, le disciple de Petit reconnaissait bien que la vérole était moins aiguë qu'autrefois; mais il disait ensuite qu'il y avait des nations entières où elle était presque héréditaire, et il concluait ainsi : « La vérole n'est plus une maladie qui attente à la vie des malades par des effets violents et rapides; mais elle abrège leurs jours par des effets sourds, qui paraissent le plus souvent étrangers au virus vénérien; elle est d'autant plus fâcheuse, qu'elle se multiplie sous des formes que l'on peut méconnaître (toujours la syphilis larvée), et qu'elle tend à faire dégénérer l'espèce humaine. » Cette phrase résume parfaitement la confusion d'idées qui régnait alors en syphilographie, et explique comment l'ignorance et l'empirisme purent s'emparer presque exclusivement de la thérapeutique des affections vénériennes.

Fabre pensait que la vérole ne pouvait être guérie que par une espèce de crise qui expulsait le virus au dehors et purgeait l'économie. La nature opérait, dans quelques cas, cette crise en provoquant certaines excrétions abondantes : ainsi l'écoulement dans la gonorrhée, ainsi la suppuration d'un poulain dans le cas des chancres. Ces idées étaient loin d'être neuves; mais elles montrent comment les syphilographes en se copiant les uns les autres éternisèrent la vieille théorie de la localisation.

Nous sommes loin des temps où l'on regardait l'écoulement gonorrhéique comme un flux de semence corrompue; d'un autre côté on ne croyait plus, avec Boerhaave, que ce flux était complétement purulent. L'observation avait fait justice de la première de ces hypothèses; l'anatomie avait complétement réfuté la seconde. Fabre regardait, avec Scharp, l'écoulement gonorrhéique comme un mélange de pus et *d'une liqueur venant des organes sécrétoires voisins*. On voit qu'il ne restait plus à Swediaur qu'à inventer le mot blennorrhagie. J'ai déjà eu occasion de dire plusieurs fois que l'histoire de ce symptôme avait appelé à un haut point l'intérêt et l'attention des syphilographes; aussi son histoire avait-elle fait des progrès réels. A ce sujet, il faut noter dans le livre de Fabre une appréciation qui me paraît importante. Ainsi il avait observé qu'une gonorrhée pouvait disparaître sans laisser de traces, et se manifester plus ou moins longtemps après sous l'influence de circonstances qui déterminaient de nouveau l'action d'un principe caché de la maladie. Cette donnée s'applique parfaitement à l'histoire de ces prétendues blennorrhagies simples qui surviendraient à la suite d'une cause non spécifique, d'un excès, etc. Il signalait aussi les métastases du virus gonorrhéique, en les faisant servir à l'explication de l'inflammation des testicules et de l'ophthalmie blennorrhagique.

A propos du diagnostic de la gonorrhée, Fabre releva assez vivement l'opinion de Daran, qui attribuait les fleurs blanches à l'infection vénérienne, tout en avouant, d'ailleurs, qu'elles étaient d'une nature équivoque, quand il y avait eu une gonorrhée antécédente. Le disciple de Petit cherchait à expliquer leur fréquence par les suites de couches; mais, à ce point de vue, Vandermonde allait bien plus loin, puisqu'il attribuait (1) les fleurs blanches à un trop grand usage de boissons aqueuses, au café, aux passions, etc.

Il est inutile de dire que Fabre conseillait pour le traitement de la gonorrhée tout ce qui pouvait tendre à favoriser la crise, c'est-à-dire à l'écoulement urétral.

(1) *Journal de Médecine.* — Janvier 1756.

Fabre n'a rien ajouté à l'histoire de l'inflammation des testicules, de ce phénomène que l'on appelait autrefois le testicule vénérien, et qu'il désignait, lui, sous le nom de chute de la chaudepisse dans les bourses. Quant à la strangurie, il l'expliquait par un gonflement squirrheux de la prostate, par la constriction d'une partie de l'urètre : on voit qu'il prenait un peu de toutes les hypothèses sur ce point obscur de la pathologie vénérienne. En revanche, il s'est occupé très-longuement du traitement de ce symptôme. On sait que les bougies de Daran avaient alors une grande réputation comme spécifique des maladies de l'urètre; Fabre attaqua sinon le moyen, au moins le mérite de l'inventeur, en démontrant que les bougies étaient un remède depuis longtemps connu. Il faisait remonter leur invention à un certain Geoffroi Giannatus, qui s'en serait servi pour guérir le roi Charles IX en 1584, et dont la formule, reproduite et perfectionnée par Rivière, avait été en définitive adoptée par notre auteur avec quelques modifications! On voit que c'était là une récrimination purement personnelle, et qui ne touchait pas à la valeur scientifique du procédé de Daran. Fabre était mieux inspiré quand il a dit que l'usage des bougies dans la strangurie vénérienne n'est que trop souvent insuffisant, si on ne le fait pas précéder des grands remèdes.

Nous savons déjà que Fabre croyait à l'identité des symptômes primitifs ; on trouve cette opinion exprimée de nouveau à propos du chancre : mais plus réservé que ses devanciers, qu'Astruc par exemple, le disciple de Petit a renoncé à expliquer la diversité d'action d'un virus cependant toujours le même, et il l'a attribuée simplement *soit à un effet du hasard, soit à la disposition des parties.*

Ce qu'il dit du chancre n'offre d'ailleurs rien d'original, si ce n'est ce que nous savons déjà, qu'il était, plus fréquemment que la gonorrhée, la cause de la vérole. Quant au traitement, il conseillait des moyens locaux émollients, et l'emploi des grands remèdes, s'il n'y avait pas complication de *poulain :* cela était parfaitement logique. Il faut en dire autant du conseil qu'il donne de favoriser la suppuration du bubon, puisqu'il la considérait comme la crise du chancre.

A propos de la vérole confirmée, Fabre a reproduit, sur la foi d'Astruc, l'échelle des affinités : cependant l'esprit observateur du disciple de Petit devait être frappé des faits qui contredisaient cette doctrine, et il s'est hâté de dire que les symptômes secondaires ne suivaient pas toujours le même ordre; que les effets du virus pouvaient s'en éloigner, au contraire, d'une infinité de façons différentes. Cette vérité n'avait pas besoin, il faut bien le dire, des explications dont notre auteur l'a fait suivre : ainsi, il a parlé de modifications du virus, d'usage de remèdes palliatifs, d'influences atmosphériques, etc., toutes choses qui ne sont pas parfaitement intelligibles.

Quant au diagnostic, ce que l'on sait de ses opinions en matière de vérole larvée, fait assez comprendre que Fabre le regardait comme très-difficile : mais en cherchant les difficultés là où elles n'existaient pas, il s'est étendu sur des considérations souvent bizarres, presque toujours inutiles, et il n'a rien dit des caractères spéciaux qui pouvaient faire reconnaître les effets secondaires du virus vénérien. Tous ces commentaires prouvent surtout une chose, c'est que les praticiens de ce temps, même les plus éclairés, subissaient l'influence de doctrines qui tendaient à rattacher à l'élément syphilitique presque toutes les affections humaines. Pour s'en convaincre, il suffit de lire ce que Fabre dit dans sa quinzième règle sur le diagnostic, règle empruntée à la pratique de son illustre maître : « Lorsqu'une maladie a résisté opiniatrément aux remèdes qui paraissent le mieux indiqués, on a droit de supposer la présence du virus, s'il y a d'ailleurs quelque autre circonstance qui autorise ce jugement, comme un chancre, une gonorrhée supprimée, et qui aurait précédé la maladie. Mais il y a des cas où l'apparence la plus légère doit suffire pour faire soupçonner la présence du virus, et pour nous déterminer à employer les antivénériens; c'est principalement quand la maladie est grave et qu'elle menace la vie du malade..... » Avec de pareilles données, on conçoit que le diagnostic devait être sinon difficile, au moins périlleux, et que le domaine de la syphilis était reculé jusqu'aux limites de l'infini!

Le traitement de la vérole confirmée, ou l'emploi des grands remèdes, comme on disait alors, avait été, pendant plus d'un siècle, soumis aux lois d'une routine in-

expugnable : la doctrine de l'élimination mécanique du virus avait conduit à la méthode fatale dite par salivation, conséquence logique mais cruelle d'un principe faux, profondément enraciné dans les esprits. Mais le moment était venu où cette méthode tombée pièce à pièce allait disparaître pour toujours. Chicoineau, médecin de Montpellier, qui écrivait en 1718, passe pour avoir soutenu le premier la possibilité et l'avantage de guérir la vérole sans salivation. Cette opinion était fondée sur les inconvénients qui résultaient d'une perte considérable des principes spécifiques du mercure par la sécrétion salivaire, et sur l'utilité de son séjour prolongé dans l'économie. Quoi qu'il en soit de cette théorie, elle devait avoir des succès rapides à une époque où l'abus de la salivation avait frappé depuis longtemps les esprits; elle fut adoptée par toute l'école de Montpellier, peut-être par esprit d'opposition contre l'école de Paris, toute resplendissante alors de la gloire d'Astruc : on la nomma *méthode par extinction*. Elle consistait dans l'usage des frictions, de manière à ne jamais produire de ptyalisme. Astruc la signale sans la combattre, mais aussi sans la louer : Fabre l'admit, tout en préférant l'ancienne méthode, telle que l'entendaient et Astruc et son illustre maître. Sa conviction sur ce point reposait sur ses idées en matière de crises, idées que nous connaissons déjà : seulement, comme il voulait peut-être étayer cette doctrine chancelante, et comme d'ailleurs les grandes découvertes servent à toutes les combinaisons scientifiques, il appliqua le système de Haller à la théorie de la salivation. Selon lui, le mercure agissait 1° en provoquant l'*irritabilité* des organes qui séparent la salive; 2° en dissipant les obstructions. Je n'ai pas à m'occuper ici de sa méthode d'administrer les frictions, qu'il donnait comme étant celle de Petit, et qui était empruntée évidemment à Astruc.

Si Fabre avait cru devoir ménager le traitement par extinction, en revanche il attaqua vivement la doctrine de Van Swieten, doctrine que Begue de Presle (1) avait préconisée et répandue en France. Le disciple de Petit en prit occasion de déclamer contre la tendance qu'avaient certains praticiens d'introduire dans la pratique ce qu'il appelait la médecine des poisons, de la ciguë, de l'extrait d'aconit, expérimentés par Storck, et que Bègue de Presle appelait des remèdes héroïques, à la condition de n'être confiés qu'à des mains habiles et expérimentées. Ajoutons enfin que Fabre ne regardait pas la grossesse comme un obstacle au traitement mercuriel, et que quand l'enfant était trop jeune, il le faisait soigner indirectement en lui faisant prendre le lait d'une nourrice ou d'une chèvre soumise à l'administration du mercure.

Le livre de Fabre a évidemment une grande valeur scientifique : au point de vue de la doctrine générale, il présente quelques idées neuves, et surtout quelques considérations pratiques bien observées; il peut enfin servir de type à cette théorie de la vérole larvée, théorie épaisse et confuse, qui compte parmi ses principaux partisans Sanchez, Fabre, Rosen et Vigarous, et qui devait être la principale cause du chaos que le dix-huitième siècle vit s'introduire dans la thérapeutique des affections vénériennes. On ne s'étonnera nullement de ce désordre en se rappelant combien de théories diverses sur le traitement de la vérole se partageaient le sceptre de la vogue, et combien cette confusion, dont l'influence est si bien empreinte dans le livre de Fabre, devait favoriser les entreprises dangereuses de l'empirisme.

Aussi le milieu du dix-huitième siècle fut-il riche en charlatans de toute sorte, encouragés par l'appât des bénéfices énormes que produisait l'exploitation des secrets contre la maladie vénérienne ! Astruc les écrasa en vain sous le poids de sa toute-puissance; ils pullulaient malgré les efforts des hommes consciencieux qui s'occupaient alors de syphilographie. Je vais essayer d'esquisser à grands traits cette période, dont les types sont loin d'être perdus aujourd'hui, mais qui présente d'ailleurs un interêt réel, puisqu'elle marque surtout le retour à une thérapeutique plus rationnelle, c'est-à-dire l'administration du mercure à l'intérieur; et qu'enfin elle put servir à expliquer comment l'école anglaise trouva tant de facilité plus tard à répandre les doctrines sur le double virus.

Nous connaissons déjà Daran (1) et ses

(1) *Mémoire pour servir à l'usage interne du sublimé corrosif*, etc., La Haye 1763.

(1) *Recueil d'observations chirurgicales sur les maladies de l'urètre*, traitées par une nouvelle méthode. Avignon 1745.

bougies dont il fit un secret, secret bien transparent, puisqu'il était exploité en même temps par un grand nombre de guérisseurs des maladies de l'urètre. Daran se servit pour répandre son remède d'un moyen qui fit toujours beaucoup d'effet, c'est-à-dire des certificats nombreux de malades et de médecins. Faut-il dire qu'il crut devoir à ce propos faire une histoire de la gonorrhée? Cela peut être risible aujourd'hui; mais, à l'époque où écrivait ce chirurgien, son traité et ses conséquences pouvaient présenter des dangers réels. L'exploitation de ces bougies fut continuée par un grand nombre d'empiriques, et surtout par Arnaud que je ne cite ici, que parce qu'il a, comme Van Swieten, comparé la gonorrhée au coryza; cette opinion fondée uniquement sur l'absence d'ulcérations de l'urètre dans les écoulements gonorrhéiques a une trop grande importance pour que je ne la signale pas même à propos d'un charlatan.

Nous savons aussi que Goulard fit pendant quelques temps un secret de ses préparations de plomb; mais il n'est pas permis de ranger parmi les Daran et autres, ce médecin qui rendit tant d'utiles services à la science.

Astruc avait attaqué Dibon, *chirurgien ordinaire du roi dans sa compagnie des cent-suisses*, vendeur de secrets, bien connu à cette époque : cette attaque fut la source d'un assez grand nombre d'écrits que les satires du temps appelaient des Dibonnades. Dans le plus important (1) l'auteur parle de son secret, et il dit : « Le mercure qui a passé par mes mains est débarrassé de sa lividité métallique, qui retient la configuration des globules mercuriels susceptibles d'une division infinie, sans rien perdre des qualités essentielles dont la principale est de s'amalgamer avec la sulfureuse acidité de la lymphe, et de recharrier par tous les états du chyle et du sang, etc., etc. » Ce Dibon se donnait comme un chimiste, et il prétendait guérir infailliblement par sa manière de préparer le mercure! Il est vrai qu'il était pensionné du roi, et c'était là un genre de mérite, sinon rare, au moins très-utile pour éblouir et tromper le public! Aujourd'hui les princes ne sont plus aussi généreux, mais ils donnent des brevets qui servent au même but et donnent les mêmes résultats. Il est inutile d'ajouter que Dibon se signala surtout par ses luttes contre les autres charlatans de son époque.

De ce nombre fut de Torres, qui prétendait avoir inventé un moyen d'administrer le mercure sans exciter la salivation, et qui ne paraît avoir écrit que dans le but de donner son adresse. C'est un moyen très-ingénieux, encore très-usité aujourd'hui. A propos de cet empirique, disons qu'il fut attaqué par Jourdan de Pellerin, médecin se disant chimiste, qui renouvela (1) la théorie de la semence corrompue, mais qui a droit surtout d'être mentionné ici pour avoir inventé un baume solaire infaillible contre la vérole, et une eau astrale non moins spécifique. Cela se disait à la face du dix-huitième siècle!

Mais nul succès n'est comparable à celui qui attendait les fameuses dragées de Keyser. Disons d'abord que leur auteur les vantait comme un remède infaillible; c'est toujours le même langage! Qu'il les défendit avec un égal acharnement, et contre les hommes de science et contre les empiriques jaloux; qu'il les propagea activement par la voie des apologies, des annonces, des certificats, etc. Le public accourait en foule à cette source de salut; mais faut-il dire qu'un ordre du ministère enjoignit aux médecins des hôpitaux militaires de n'employer que les fameuses dragées dans le traitement des maladies vénériennes... que Keyser reçut du roi une pension de dix mille livres avec le privilége exclusif d'exploiter son secret pendant toute sa vie... De pareils faits n'ont pas besoin de commentaires! Et pourtant Keyser n'avait fait que reproduire une méthode déjà ancienne, mais qui avait le malheur de n'être connue que des savants. Signalée par Margraff, elle avait été décrite tout au long par Penot dans le *Theatrum chimicum*, et fut publiée, plus tard, par Richard de Hautesierk (2). L'histoire de ce prétendu secret peut être résumée ainsi : Keyser qui l'exploita gagna des sommes énormes et jouit d'une très-grande considération; Penot, qui en était l'inventeur, vécut pauvre et mourut à l'hôpital!

(1) *Suite de la description des maladies vénériennes*, où l'on prouve l'insuffisance des fumigations, etc., Paris 1741.

(1) *Traité sur les maladies vénériennes*, etc., Paris 1749.

(2) *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*. — Paris 1766.

Tout le monde connaît le sirop mercuriel de Bellet, docteur de Montpellier, qui le vantait comme le meilleur remède à opposer à la vérole; je n'en parle que pour faire remarquer les progrès que faisait alors la méthode de l'administration du mercure à l'intérieur. Cependant cette méthode avait eu aussi ses excès et ses dangers : des plaintes graves s'élevèrent, et on vit surgir alors une autre espèce de charlatans, je veux dire les guérisseurs sans mercure.

A leur tête il faut placer Nicole, chirurgien ordinaire du roi, qui propageait son remède non mercuriel par la voie de lettres, de brochures, distribuées à la porte des promenades, et qui constituaient la publicité d'alors. Aujourd'hui l'affichage a remplacé cette littérature, le résultat seul n'a pas changé. Dans un de ces avis, l'auteur s'intitule M. Nicole, seigneur châtelain de Morsan-sur-Seine, Postel, du Chêne, la Borde, Herbelat et autres lieux : on voit que la modestie n'était pas son défaut, mais on peut voir aussi qu'il exerçait un métier assez fructueux. Ce petit imprimé contient en outre une phrase qui qui peut convaincre qu'il n'y a rien de nouveau, et qu'en l'année 1767 on entendait la réclame aussi bien que de nos jours..... on y voit ces mots : « *L'on a dit dans le public que M. Nicole a quitté Paris pour aller faire sa résidence à sa terre ; l'on avertit que cela n'est point vrai ; il est chez lui tous les jours, excepté le dimanche, qu'il part pour Versailles ou pour sa terre.* » Il faut avouer que les charlatans modernes ne sont pas plus ingénieux, et qu'ils sont loin des avis aristocratiques de M. Nicole. Malheureusement tout cela était sérieux pour le public que trompaient ces éblouissantes annonces.

Faut-il citer maintenant Pastel, qui vendait *une teinture composée de végétaux et de minéraux, sans mercure, ni corrosif, ni liqueur spiritueuse, dépuratifs du sang et de la lymphe*, et Duvicq, qui faisait distribuer ses affiches sur le Pont-Neuf? J'ai hâte d'en finir avec cette analyse extrascientifique. Il faut pourtant dire quelques mots de Marges, chirurgien peu connu, qui fabriqua aussi des remèdes contre les dartres, les écrouelles, etc.; mais qui eut le mérite, quoique étant un peu charlatan, d'accabler ses confrères du poids de sarcasmes facilement victorieux. Il analysa le fameux remède de Nicole, et démontra qu'il contenait du sublimé... ne serait-ce pas encore l'histoire de tant de méthodes plus ou moins simples, aujourd'hui si vantées? Il fit aussi justice d'un célèbre antivénérien du temps, connu sous le nom de l'*eau de Pénite*, et qui avait, selon Marges, *une analogie parfaite avec l'eau de puits*. Il démasqua enfin les Veluos, les Agirony, les Callac, etc.

Mais ce que Marges avait fait avec les armes de la satire, de Horne l'entreprit avec l'autorité que lui donnait sa réputation de chimiste distingué (1). Adversaire impitoyable des charlatans de toute espèce, il analysa et combattit tour à tour les prétendus préservatifs de la vérole, tels que l'eau fondante de Guilbert de Préval, les remèdes vantés par Cezan et Gardane, etc., et les spécifiques de toute sorte, les dragées de Keyser, dont il publia la formule, l'eau végéto-minérale de Pressavin, le sirop de Bellet, les remèdes sans mercure, etc.

Il examina ensuite avec un grand soin les différentes méthodes réellement scientifiques; il porta le dernier coup à la salivation, et réhabilita le sublimé corrosif, attaqué en vain par le consciencieux Pibrac, dont de Horne réfuta le mémoire à l'Académie (1768); on peut dire que de Horne à rendu un service immense à la science en fixant d'une manière nette et précise les éléments de la thérapeutique vénérienne.

Arrêtons-nous un instant pour signaler, à propos des remèdes prétendus simples, le commencement de la tendance réactionnaire à nier déjà la spécificité du mercure. Déjà Peyrilhe avait voulu déplacer cette spécificité, et la trouver dans l'alkali volatil (2). Ritter allait plus loin (3), puisqu'il attribuait au mercure la plupart des maux dont on accusait la syphilis! Ce dernier surtout devait trouver de nombreux imitateurs.

Au milieu du chaos dont je viens de présenter quelques traits, il faut signaler quelques travaux intéressants. Tout le

(1) *Examen des principales méthodes d'administrer le mercure*, pour la guérison des maladies vénériennes. — Paris 1760.

(2) *Remède nouveau contre les maladies vénériennes*, tiré du règne animal, etc., Paris 1774.

(3) *Dissertatio; demonstratio quòd atrocissima luis venereæ symptomata non sint affectus morbi, sed cura mercurialis instituta,...* Erford, 1747.

monde connait les recherches anatomiques de Morgagni, recherches dont les résultats furent appliqués à l'étude de la gonorrhée; je n'en parlerai pas.

Le célèbre Lieutaud chercha par de savantes recherches (1) à éclairer l'anatomie pathologique de la syphilis. C'était là un sujet entièrement neuf, mais plein d'obstacles; aussi l'auteur a-t-il pu se tromper sur l'appréciation des désordres qu'il attribuait à l'action désorganisatrice du virus vénérien. Il a décrit tour à tour la lésion des viscères, du cœur, des muscles, des os. Considérant la vérole comme un protée indéfinissable, il devait l'accuser de cette action illimitée qu'on lui attribuait alors; selon lui, elle avait une tendance manifeste à affecter la tête. Il avait signalé les causes occasionnelles en disant que la vérole secondaire se manifestait souvent sous l'influence des eaux thermales. Il s'est d'ailleurs livré à des études très-consciencieuses sur la gonorrhée, qu'il diyisait en virulente et simple. De toutes les méthodes de traitement, il préférait la méthode mercurielle si connue sous le nom de *panacée*,

Il faut citer enfin le traité de Bourru (2), qui, empruntant à Lecat sa théorie du siége des maladies, prétendit que la syphilis siégeait dans le système nerveux, et la considérait ainsi comme une affection miasmatique, dont il expliquait les effets selon les besoins de sa théorie. Mais, chose bizarre, il disait, comme conséquence de ce système, que la gonorrhée et les chancres étaient des symptômes purement locaux! Les meilleurs livres sont pleins de ces étranges contradictions. Du reste, Bourru était plein des meilleures intentions; ainsi il croyait à la possibilité d'extirper la vérole, et il conseillait, pour arriver à ce but, de fonder de vastes hôpitaux ouverts spécialement aux vérolés. S'il revivait aujourd'hui, il serait bien durement détrompé!

Telle est l'esquisse rapide de cette époque remarquable par la foule de charlatans qu'elle vit surgir; charlatans dont la plupart des types se sont, je le répète, soigneusement conservés jusqu'à nous, mais qui, eux, chose bizarre, ont eu, à cette époque, l'avantage de ramener le traitement de la syphilis a une thérapeutique plus rationelle.

OBSERVATIONS.

IMPÉTIGO DE LA FACE *survenu pendant que la malade allaite. — Traitement par les bains de sublimé et les lotions caustiques. — Insuccès. — Aggravation. — Entrée à St-Louis. Traitement par les amers, la poudre sulfuro-magnésienne*, etc.—*La malade sèvre son enfant sur la fin du traitement. — Guérison après deux mois et demi de séjour à l'hôpital* (3).

Hôpital Saint-Louis.

La nommée H....., Marie-Louise, 25 ans, coloriste, est entrée à l'hôpital Saint-Louis pour être traitée d'un impétigo de la figure. D'un tempérament éminemment lymphatique, blonde, à peau fine et rose, cette femme a eu déjà trois enfants, dont deux encore vivants et bien portants, non scrofuleux. Elle n'est pas scrofuleuse elle-même, n'a jamais eu d'engorgement de ganglions sous-maxillaires, non plus que d'abcès, d'éruptions à la peau de quelque nature que ce soit. Bien portante d'habitude, bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle n'a jamais éprouvé de dérangement, de retard ou d'interruption de l'évacuation menstruelle, qui est toujours très-abondante; elle a quelquefois vu en blanc, mais très-peu; rien à présent. Rien du côté du thorax. Elle est sujette à avoir des diarrhées abondantes avec fièvre, et qui durent 8, 15 jours, 3 semaines quelquefois; ce dévoiement est surtout abondant après les couches; mais elle l'observe aussi dans les intervalles. car elle l'a plusieurs fois chaque année. Pas de maladie syphilitique.

Accouchée pour la troisième fois le 28 juillet 1842. A la suite de cette couche, elle a éprouvé un dévoiement encore plus abondant que de coutume; elle s'en est bien remise cependant. Dans l'été de 1843, et pendant qu'elle nourris-

(1) *Synopsis universæ praxeos medica*,.... Parisiis 1770. T. I. — P. 81.

(2) *L'art de se traiter soi-même dans les maladies vénériennes*,.... ouvrage fondé sur une nouvelle théorie, etc., Paris 1770.

(3) Cette observation a été recueillie par M. Recle jeune, interne à Saint-Louis. (Service de M. Cazenave.)

sait, elle éprouva un mouvement fébrile accompagné de céphalalgie, de mal à la gorge et dans la bouche, sans diminution de la sécrétion du lait cependant; puis apparaissent dans le cuir chevelu de petites tumeurs acuminées comme de petits furoncles, douloureuses, suivies d'un engorgement considérable des ganglions lymphatiques du col, à tel point que les mouvements de la tête étaient très-difficiles: il reste encore maintenant quelques-uns de ces ganglions engorgés à la partie postérieure du cou. Quelques-unes de ces petites tumeurs de la tête, que l'on peut considérer comme des pustules d'impétigo, disparurent spontanément; le plus grand nombre suppura, et il en résulta des croûtes abondantes qui agglutinèrent les cheveux. Il fallut couper ces derniers. La fièvre était violente alors, et la malade entra à Beaujon. Après trois jours la fièvre avait disparu; après huit jours de séjour à l'hôpital, la malade sortit guérie de la fièvre et de l'éruption de la tête.

Après sa sortie de Beaujon, quelques aphthes se déclarèrent; d'après la malade, sur le fond très-rouge de la langue, il se développa de petites vésicules comme des têtes d'épingles, qui plus tard se couvrirent d'une petite plaque blanchâtre; elles se guérirent par l'emploi de quelques gargarismes sans laisser d'ulcérations après elles. La durée en fut de 15 jours.

Après ce léger accident, rétablissement parfait de la santé. Jamais l'allaitement ne fut suspendu.

En novembre 1843, la femme éprouva un léger mouvement fébrile, du malaise, de l'anorexie, pas de diarrhée, de constipation; au contraire, de la céphalalgie; en même temps un bouton se développa dans le sourcil droit, s'ouvrit et donna naissance à une croûte; de jour en jour il s'étala et en même temps la fièvre cessa ainsi que les autres phénomènes généraux.

Dès ce moment l'éruption s'étendit d'abord vers la racine du nez, puis sur la joue gauche. C'était l'origine de la maladie actuelle, de l'impétigo. La malade entra alors dans un hôpital de Paris, où elle séjourna deux mois. On lui fit de nombreux traitements dont voici l'énumération:

D'abord des cataplasmes émollients furent appliqués pour faire tomber les croûtes; puis on fit prendre à la malade des bains de sublimé à la dose de 15 grammes, et on lui prescrivait de les prendre très-prolongés, de plonger la figure dans le bain et de l'y tenir autant de temps qu'elle le pourrait. En même temps, dans la journée, on lui faisait laver la figure avec de la liqueur de Van-Swiéten pure et tiède. Ce traitement fut continué un mois au moins; loin de diminuer, l'éruption s'étalait, envahissait graduellement toute la face, dont la peau était rouge, tuméfiée, douloureuse. Cessant alors le premier et infructueux traitement, on cautérisa avec une solution de nitrate d'argent quelques parties du visage, le menton, le sourcil et la joue droite; de plus, on prétendit circonscrire la maladie et l'empêcher de s'étendre au sourcil gauche encore intact, en cautérisant fortement sur les limites du mal avec le nitrate d'argent. Ces cautérisations ne firent rien. La malade croit avoir remarqué, au contraire, que les points qui ont été cautérisés et sur lesquels on a fait le plus d'applications diverses sont ceux qui se guérissent le plus lentement. Ce moyen ayant encore échoué, on appliqua sur toute la figure de l'emplâtre de Cannet; dès le lendemain la peau était encore plus tuméfiée et plus douloureuse; l'emplâtre fut laissé pendant deux jours: la malade ne put le supporter plus longtemps et on en suspendit l'usage; la face était alors dépouillée de croûtes, rouge, suintante, entièrement à vif. On laissa la figure se sécher. Jusque-là il restait encore quelques points intacts: dès ce moment toute la face fut prise; les paupières se couvrirent de pustules, au point de ne pouvoir s'ouvrir; il se déclara une double ophtalmie et la malade ne vit plus que de l'œil gauche. Quand la figure fut un peu guérie, on appliqua sur la moitié droite de la figure, avec un pinceau, du blanc de céruse détrempé dans de l'eau. Cela ne produisit rien; la face continua à suinter.

Après tous ces traitements infructueux, la malade, voyant son éruption devenue beaucoup plus forte que jamais, voulut absolument sortir de l'hôpital. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que pendant son séjour jamais sa santé ne s'altéra et qu'elle put toujours continuer à allaiter. Le seul effet fâcheux du traitement mis en usage, fut, sans parler de l'aggravation de l'éruption, l'établissement d'un écoulement vaginal en blanc, assez abondant, non douloureux, et qui cessa spontanément.

Après sa sortie de l'hôpital, la malade demeura chez elle pendant huit jours, puis elle entra à Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave, salle Napoléon, le 9 janvier 1844, dans l'état suivant:

Toute la face est couverte d'une éruption confluente d'impétigo. Les pustules, depuis longtemps ouvertes, sont toutes recouvertes ou plutôt remplacées par une croûte épaissie, formée d'un liquide séro-purulent concrété; toutes les croûtes sont agglomérées, réunies, de manière que dans aucun point de la face on n'aperçoit la peau saine; en un mot, elles forment un masque complet. Ce masque recouvre surtout les joues et le nez, les paupières, le côté droit du front, le menton et la face antérieure du cou. La coloration des croûtes n'est pas exactement celle des croûtes ordinaires de l'impétigo; celles-ci sont bleuâtres, vert foncé dans quelques points, colorées

en noir par du sang concrété ; dans d'autres, ternes et sans transparence. Ces croûtes épaisses de 5 à 6 millimètres au centre de l'éruption vont en diminuant d'épaisseur à mesure qu'elles approchent de ses confins, au delà desquels on voit encore çà et là quelques plaques peu étendues et quelques pustules isolées. Dans aucun point il n'y a de pustules visibles.

Le bord libre des lèvres est également couvert par l'éruption. Les paupières en sont encore affectées à un plus haut degré ; celles de l'œil droit sont surtout épaissies et œdémateuses ; elles sont rapprochées et il est presque impossible de les ouvrir ; cependant on y parvient, et alors on voit une conjonctivite et une blépharite très-intenses ; le reste de l'œil est sain quoique très-sensible à la lumière ; enfin, toute la face est tuméfiée, surtout du côté droit, et les lèvres sont gonflées.

Du reste, la malade souffre peu à part la gêne des mouvements de la face et l'ophtalmie ; il n'y a qu'un léger prurit.

La santé est bonne et l'allaitement peut être continué. L'enfant se porte bien, il n'éprouve aucun dérangement de la santé ; pendant le séjour de sa mère à l'hôpital, il n'a eu que quelques légères éruptions à la figure et deux ou trois fois du dévoiement.

10 janvier. — La malade a un peu de diarrhée. Prescription : tisane de riz gommé sucrée, 4 portions d'aliments solides et 4 de vin.

12. — Collyre émollient pour baigner les yeux et surtout celui du côté droit.

14. — La diarrhée a cessé complétement depuis la veille. M. Cazenave se propose de commencer alors le traitement. Un grand obstacle est la circonstance de l'allaitement, qui empêche l'emploi de moyens actifs, car ces moyens pourraient diminuer ou même tarir la sécrétion du lait ; tels sont, par exemple, les purgatifs. En sorte que l'on est obligé de n'employer que des modificateurs intérieurs qui n'auront pas ces inconvénients, mais qui, aussi, seront peu énergiques. Du reste, M. Cazenave rejette complétement l'emploi des moyens topiques. Prescription : tisane de chicorée (bis). — Une prise de poudre sulfuro-magnésienne. — 2 portions d'aliments solides ; vin. — Recommandation à la malade de ne pas toucher aux croûtes, de ne pas les arracher, de ne pas les mouiller ni les entretenir dans un état d'humidité, soit par des cataplasmes, soit par les soins de propreté.

Ce traitement est continué sans interruption depuis le 14 jusqu'au 27 janvier, sans aucun accident ; à cette époque, une diarrhée assez abondante força à le suspendre. Pendant ce temps et dès les premiers jours, la face commence à se détuméfier ; le côté droit, qui est le plus malade, restant cependant toujours plus gonflé que l'autre. Vers le huitième jour du traitement, les croûtes commencent à se détacher, surtout à la joue gauche, au front et sur le nez, et au-dessus d'elles on voit de larges surfaces excoriées, rouges, suintantes : après la chute des premières croûtes, il s'en reforme rapidement de nouvelles, mais celles-ci ont bien l'aspect de l'impétigo ; ce sont bien celles qui ont valu à cette maladie le nom de méliagre ; elles sont demi-transparentes, jaunes comme du miel, humides ; leur épaisseur est moindre que celle des premières. On n'a pas pu voir les pustules qui les ont produites. — En général, il y a un changement sensible dans l'apparence extérieure de l'éruption. — L'œil droit, toujours enflammé, s'ouvre beaucoup mieux.

27. — Diarrhée assez forte ; — toute la figure est suintante, à peine de croûtes ; — prescription : tisane de chiendent ; — collyre émollient ; — 2 portions d'aliments ; — pas de poudre sulfuro-magnésienne ; — poudre d'amidon pour saupoudrer les parties suintantes.

La diarrhée dure jusqu'au 1er février. Elle a cessé le 2, et le traitement est repris. Pendant que le traitement a été suspendu, la face s'est partout recouverte de croûtes comme à l'entrée de la malade, mais de croûtes moins épaisses ; du reste, le visage n'est point aussi tuméfié. L'éruption est restée aussi générale. — Ophthalmie entièrement guérie.

3 février. — On recommence l'emploi de la poudre sulfuro-magnésienne ; collyre émollient.

5. — Mauve sucrée. Le collyre est supprimé. — Depuis que l'on a repris l'usage de la poudre sulfuro-magnésienne, l'éruption a diminué de nouveau avec rapidité. Toutes les croûtes du front, du nez et de la joue gauche sont tombées ; il n'en reste plus qu'à la joue droite, au menton et au col. Les surfaces qui ont été mises à nu sont cette fois sèches, recouvertes de croûtes minces et d'écailles comme farineuses. Le réseau superficiel du derme est fort injecté, et il y a une vive rougeur, mais sans excoriation.

9 février. — Diarrhée. On suspend la poudre.

Le menton et la joue droite se nettoient à leur tour. Cependant il y reste encore un suintement abondant que la poudre d'amidon ne dessèche pas, et de temps à autre il y a des recrudescences de l'éruption, de nouvelles poussées, mais qui ne sont plus générales ; elles se bornent à la joue droite et au menton.

14 février. — Prise de poudre sulfuro-magnésienne donnée de nouveau et sans interruption jusqu'au 1er mars.

A cette époque, il y a une amélioration considérable ; il ne reste que trois plaques croûteuses, l'une à la joue droite, l'autre au menton, la troisième au col. Le reste de la face est net, recouvert de petites squammes minces,

sèches, sur un fond rouge sans suintement ni pustules. — Mais depuis quelque temps les dernières plaques restent sans amélioration. M. Cazenave se propose alors de remplacer la poudre précédente par la solution d'hydrochlorate de chaux, qui est si utile dans l'impétigo et l'eczéma impétigineux du cuir chevelu.

En conséquence, le 3 mars, on prescrit : tisane de chiendent avec 30 grammes de sirop de fumeterre; — 2 cuillerées d'une solution d'hydrochlorate de chaux (hydrochlorate de chaux, 15 gr.; eau distillée, 500 gr.).

5 mars. — La solution est portée à la dose de 3 cuillerées jusqu'au 7 inclusivement sans amélioration notable.

7 mars. — Dans l'intérêt de sa guérison et en raison de l'âge de l'enfant (20 mois) et de sa bonne constitution, qui permet le sevrage, la malade se décide à sevrer l'enfant comme on le lui a conseillé. — L'enfant est emmené hors de l'hôpital, et la mère peut être soumise à un traitement convenable.

La cessation de l'allaitement est pour M. Cazenave une des meilleures conditions de guérison. La femme va se trouver dès ce moment soustraite à cet état essentiellement lymphatique des femmes nourrices, à cet état dans lequel prédominent surtout les fluides blancs dans l'économie, et sous l'influence duquel naissent si facilement les affections impétigineuses. M. Cazenave se félicite de n'avoir plus à respecter la sécrétion lactée, comme il avait dû le faire précédemment. Il se propose, au contraire, d'employer les purgatifs dans la double intention d'agir contre l'éruption et d'arrêter cette sécrétion du lait. — Mais les purgatifs furent donnés à faible dose, afin de pouvoir être longtemps continués.

8 mars. — En conséquence, on prescrit : tisane de tilleul et d'oranger; — un lavement avec 8 gr. de sulfate de soude; — 2 bouillons; — diète.

9 mars. — Il n'y a pas eu de selles; — chiendent nitré; — une pilule d'Anderson; — un verre d'eau de Sedlitz; — lavement avec 8 gr. sulfate de soude.

10 mars. — Selles peu nombreuses et peu abondantes. On supprime le lavement. La sécrétion du lait ne diminue pas : les seins s'engorgent, deviennent durs et douloureux (cataplasmes).

Dans les premiers jours, au lieu de diminuer, l'éruption reprend quelque intensité; la face devient rouge et douloureuse : un prurit insupportable se manifeste au col, et la malade en dormant y porte les mains, arrache les croûtes, s'excorie au point que de larges filets de sang viennent se joindre aux croûtes qui le recouvrent.

Mais cependant graduellement le lait diminue, les premiers accidents du sevrage se passent, une purgation continuelle et douce s'établit, et la face se dégage entièrement.

23 mars. — On est obligé de donner 2 pilules d'Anderson pour obtenir l'effet purgatif; — 5 potions d'aliments solides et à de vin, l'appétit étant devenu très-vif sous l'influence des évacuations continuelles.

Même traitement jusqu'au 1er avril, époque à laquelle l'éruption a complétement disparu. Les surfaces malades sont actuellement sèches et lisses, avec une légère desquammation sur un fond couleur rose, un peu plus vive que celle qui est naturellement aux joues. Depuis quelques jours la guérison est complète, et il n'y a pas de tendance à la récidive.

La malade sort complétement guérie, le 1er avril 1844.

IRITIS SYPHILITIQUE.

Il en est de l'iritis syphilitique comme de bien d'autres maladies : beaucoup d'opinions règnent sur les différents points de son histoire, et si l'on cherche à juger ces opinions par le contrôle d'observations précises, on se trouve dans une assez grande disette; c'est ce qui me fait espérer qu'on ne lira pas sans quelque intérêt les deux observations suivantes, qui nous offrent encore en dehors de l'iritis quelques autres circonstances dignes d'attention.

OBSERVATION N° 1.

PLUSIEURS INFECTIONS SYPHILITIQUES. — SYPHILIDE, IRITIS ET DOULEURS GÉNÉRALES SURVENANT SIMULTANÉMENT. — RÉCIDIVE DE L'IRITIS. — GUÉRISON.

Hôpital du Midi. — Service de M. Vidal.

Pe..... Didier, âgé de 36 ans, domestique, ayant la barbe, les cheveux et les sourcils noirs, la peau et les yeux bruns, une taille de 5 pieds 2 pouces, le système musculaire bien développé, un embonpoint médiocre, entra à l'hôpital du Midi, salle 9, n° 7, service de M. Vidal, le 6 novembre 1843.

Ce malade, d'une intelligence assez développée et d'une bonne mémoire, fournit les renseignements suivants. Il a toujours été d'une bonne santé; il n'a eu d'autres maladies que les fièvres intermittentes, qu'il a gardées pendant 8 mois en 1836; elles disparurent plusieurs fois pendant ce temps à la suite de l'emploi de quelques médicaments, et particulièrement du sulfate de quinine, et prirent en recidivant des types divers; dans les derniers temps elles s'accompagnèrent d'un œdème général prononcé, surtout aux jambes, lequel ne persista pas longtemps après qu'elles eurent disparu.

En 1831, il eut une blennorrhagie qui n'offrit rien de particulier, et qui disparut en une vingtaine de jours.

En 1832, chancre sur le prépuce d'environ 9 lignes de diamètre pour lequel le malade resta deux mois à l'hôpital de Douai, où il était en garnison; il ne se rappelle pas avoir pris autre chose que de la tisane.

En 1833, autre chancre très-petit, accompagné d'un bubon à l'aine droite; l'un et l'autre disparurent en 15 jours à l'hôpital de Cambrai.

En 1836, avant le développement de la fièvre intermittente, troisième chancre très-large sur le prépuce, qui dura environ cinq semaines, et que le malade traita lui-même par la cautérisation avec le nitrate d'argent, des pansements avec une pommade à composition inconnue, et des bains.

Au mois de mai 1843, le malade étant depuis quelque temps sans place, et ayant épuisé ses ressources, s'engagea dans les travaux des fortifications et se fatigua considérablement. Il y travaillait depuis 15 jours lorsque apparurent tout autour de la face interne du prépuce, plusieurs ulcérations grisâtres, peu profondes, arrondies, à bords nettement découpés, et légèrement rouges: à cette époque il y avait plus d'un mois qu'il n'avait pas vu de femme, ce dont il était d'autant plus sûr que pendant ce mois il avait été privé de l'argent nécessaire pour s'en procurer. Pendant 8 jours ces ulcères s'étendirent en largeur; après ce temps le malade les pansa avec de l'onguent gris et les cautérisa avec la pierre infernale, opération qu'il répéta une dizaine de fois, à 2 ou 3 jours d'intervalle. Au bout de six semaines la cicatrisation était complète, mais il resta pendant assez longtemps une rougeur avec tuméfaction et induration qui occupait presque tout le pourtour du prépuce. Rien de nouveau ne se manifesta jusqu'au mois d'août; à cette époque le malade commença à éprouver des douleurs dans la tête, dans les reins, dans la poitrine et dans les membres, surtout les supérieurs; il toussait un peu, principalement le matin; au bout de quelques jours des taches rougeâtres se montrèrent sur toute la peau sans que les autres symptômes disparussent; le malade était alors occupé à tourner une roue dans une imprimerie et se fatiguait beaucoup; ne pouvant continuer ce travail, il se présenta au bureau central et fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 10, le 7 septembre. Quelques jours après son entrée les douleurs qu'il éprouvait augmentèrent d'intensité, surtout à la tête, et s'exaspérèrent notablement la nuit, où elles revenaient par élancements; les taches de la peau se recouvrirent de croûtes dont quelques-unes étaient assez épaisses et laissaient, lorsqu'on les enlevait, une surface au vif; la toux continuait toujours; un peu plus tard les douleurs de tête se localisèrent principalement dans l'œil gauche, et en même temps cet organe devint rouge, larmoyant, sensible à la lumière, et perdit en grande partie la faculté de voir. Cet état dura environ une quinzaine de jours, après quoi il commença à s'améliorer; l'amélioration marcha graduellement sans entraves, et le malade sortit de l'Hôtel-Dieu le 19 octobre, ne toussant plus, voyant de l'œil droit presque comme à l'état normal, n'ayant plus que quelques douleurs vagues dans les membres, sans exaspérations nocturnes ou autres, et quelques taches sur la peau dans les points où avaient existé les croûtes. — Le traitement qu'il fit à l'Hôtel-Dieu se composa de tisanes adoucissantes, de potions, et enfin de pilules mercurielles qu'il prit pendant six semaines.

Depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'au jour de la Toussaint son état resta à peu près le même; seulement les taches qu'il avait sur la peau pâlirent de plus en plus. Ce jour-là, après avoir bu coup sur coup trois petits verres d'eau-de-vie, ce qu'il n'avait pas encore fait depuis sa maladie, il éprouva de nouveaux élancements dans la tête, plus forts que les premiers; puis l'œil redevint sensible à la lumière, la vue se troubla, et le malade se présenta à l'hôpital du Midi.

Quand je le vis, pour la première fois, la conjonctive oculaire était très-rouge, à peine boursouflée; le champ de la cornée présentait une couleur grise uniforme, comme si l'on avait vu l'iris à travers un brouillard épais; celui-ci ne pouvait pas être distingué autrement, et à peine distinguait-on à son centre un point foncé, qu'on supposait être la pupille; cependant la face antérieure de la cornée était parfaitement lisse, bien qu'elle parût avoir perdu de sa transparence; aucun vaisseau ne se voyait dans son épaisseur; la vue de la lumière était douloureuse, et les larmes s'écoulaient en abondance chaque fois que l'on entr'ouvrait les paupières; le malade ne distinguait autre chose qu'un brouillard très-épais. Les douleurs sont habituellement modérées; mais, de temps en temps, à des heures irrégulières, elles reviennent par élancements fort douloureux; elles occupent toute la tête, mais les élancements occupent spécialement l'œil malade et la région frontale correspondante. L'œil droit est complétement sain et d'une couleur brune peu foncée. — Il n'existe que de rares taches rousâtres, éparses çà et là sur le corps et sur les membres; quelques-unes semblent siéger sur des cicatrices très superficielles. Peu d'appétit, pas de symptômes généraux d'ailleurs. — Saignée de 3 palettes; une bouteille d'eau de Sedlitz le matin; collyre au nitrate d'argent, à la dose de 5 centigr. pour 30 gramm. d'eau distillée; deux pilules de Dupuytren; tisane de salsepareille; des bouillons.

Ce traitement, moins la saignée et le purga-

tif, fut continué jusqu'à la sortie du malade ; ce ne fut que le neuvième jour de son emploi qu'on vit une amélioration se manifester; elle s'annonça par une diminution considérable des douleurs, surtout de celles constituées par les élancements, ainsi que de la photophobie; quelques jours plus tard le champ de la cornée devint plus clair, et l'on put distinguer l'iris qui avait une teinte grise parfaitement uniforme; la pupille était allongée de manière à converger vers la pointe du nez; elle avait un peu plus d'un millim. dans son petit diamètre, et deux dans son grand; son contour était irrégulier et hérissé de petits prolongements qui lui donnaient un aspect frangé; elle était insensible aux changements de lumière. Le malade distinguait une ombre légère lorsqu'on passait la main devant l'œil malade. — On fait des onctions sur la base de l'orbite, outre le traitement prescrit, et l'on donne un cinquième de portion.

La belladone est continuée pendant cinq jours, sans produire aucune dilatation de la pupille malade, quoiqu'elle en ait produit une marquée dans la pupille saine. Cependant l'amélioration fait des progrès lents mais continus : à la fin de novembre il n'y a plus de douleurs nulle part, ni d'injection de la conjonctive: le malade peut distinguer le blanc et le noir des pages d'un livre. Il mange et dort bien. — On supprime le collyre et l'on continue le reste du traitement.

Dans les derniers jours de décembre le malade pouvait lire des caractères ordinaires; l'iris avait repris en partie sa coloration; seulement il était plus terne, plus uniforme, moins velouté que celui du côté sain; la pupille avait conservé sa forme, mais elle s'était toujours agrandie, bien qu'elle fût toujours insensible à l'influence de la lumière. Le malade sortit de l'hôpital. Je l'ai revu, dans les premiers jours de février, au moment où il partait pour la Bretagne : il n'y avait pas de différence sensible entre la vue du côté droit et celle du côté gauche ; l'iris était absolument semblable à celui du côté sain, sous le rapport de la coloration; du reste, dans aucun il n'y avait de différence sensible entre le grand et le petit cercle de l'iris; la pupille a 2 millim. et demi dans son plus grand diamètre, et un peu plus d'un et demi dans son plus petit; sa forme est toujours la même, seulement les franges qui l'entouraient sont beaucoup moins prononcées; elle éprouve quelques oscillations, à peine sensibles, sous l'influence de la lumière. — L'état général est d'ailleurs excellent; le malade est notablement engraissé; on distingue à peine quelques traces de l'éruption qu'il a eue.

Remarques. — Si nous avions cherché dans le cas qui précède les caractères que quelques auteurs ont considérés comme un caractère presque exclusif de l'iritis syphilitique, nous aurions très-certainement été conduits à un diagnostic erroné; ainsi la pupille avait une forme diamétralement opposée à celle que Weller et son traducteur M. Sichel ont affectée à cette espèce d'iritis; la couleur de l'iris n'avait rien de cuivré, tant s'en faut; l'anneau rouge pâle périjcornéen n'existait pas, et la rougeur de la conjonctive était vive et uniforme. C'est que malgré l'importance que les divers auteurs ont attachée à chacun de ces caractères, ils sont tous, non-seulement sujets à manquer, mais encore communs à des maladies d'une tout autre nature. Ce qui distingue l'iritis syphilitique, c'est donc, ainsi que nous aurons occasion de nous en convaincre plus tard, moins la spécificité des lésions anatomiques, que la marche qu'il affecte et les diverses circonstances qui le précèdent et l'accompagnent.

Ce malade a éprouvé un accident qui est bien loin d'être rare dans la syphilis constitutionnelle, quelle que soit la forme qu'elle revête; je veux parler de la récidive de l'iritis sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques et d'un écart de régime. Il n'y a peut-être pas de maladie qui ressente plus que la vérole cette influence fâcheuse ; et lorsqu'elle a envahi un organe aussi délicat que l'iris, on comprend toute l'importance qu'il y a à être prévenu de cette circonstance, pour garantir autant que possible les malades de tout accident ultérieur, quand déjà on a obtenu une première guérison.

Une circonstance acquiert un assez grand intérêt à cause de l'intelligence du malade. Lorsqu'en 1843 le malade éprouva des accidents syphilitiques du côté de la verge, ces accidents devaient-ils être rapportés à une infection primitive ou à une vérole constitutionnelle? Cette dernière opinion me paraît peu probable ou plutôt presque impossible, si l'on songe que la dernière infection datait alors de 7 ans, et qu'après un temps aussi long, s'il survient des accidents consécutifs sur la peau, ils sont toujours plus graves ou au moins plus généraux qu'ils ne l'étaient chez notre malade. Il faut donc admettre que ces accidents étaient primitifs, et qu'ils s'étaient développés au moins un mois après le coït; car les souvenirs du malade à ce sujet étaient très-précis, et l'on en sait parfaite-

ment la raison; c'est donc encore ici un nouveau fait contre l'opinion de ceux qui ne veulent pas d'incubation.

OBSERVATION N° 2.

La nommée Joséphine L..., âgée de 26 ans, nourrice, entre à l'Oursine, le 21 juillet 1843. Ses cheveux sont châtains, les yeux bruns, la peau brune, le système musculaire assez prononcé et la taille moyenne.

Les renseignements fournis par cette malade sont les suivants. Elle a toujours joui d'une assez bonne santé. Les règles sont venues à 16 ans pour la première fois, et toujours régulièrement depuis; elles coulent pendant huit jours et assez abondamment. Elle a eu 3 enfants en 2 couches qui ont été très-heureuses. Il y a 2 ans et demi que Joséphine L... est accouchée pour la dernière fois; elle dit n'avoir jamais rien eu aux parties génitales. Il y a 6 mois, elle a pris un nourrisson de Paris, qu'elle a rendu depuis 1 mois. Lorsqu'on lui a donné l'enfant il n'avait autre chose que de la rougeur dans les coins des yeux; les paupières étaient presque toujours collées; rien ailleurs ni aux parties génitales, ni à la bouche. *Au bout de huit jours* il est survenu de gros boutons blancs à la partie antérieure du col de l'enfant, dans la saignée des bras, sur les épaules, autour des ongles des doigts; pas aux pieds; il y en avait aussi à la vulve et à l'anus; au milieu de la langue il y avait encore une tache blanche. Comme toutes les nourrices, J. L.... goûtait chaque cuillerée de soupe ou de bouillie qu'elle donnait à l'enfant.

Environ un mois avant de rendre l'enfant L... s'est aperçue qu'elle souffrait de la gorge. Craignant alors de prendre le mal de l'enfant, elle l'a montré à un médecin, qui lui a dit de le rendre à ses parents. Elle ne s'est aperçue que ses yeux devenaient malades, qu'une dizaine de jours seulement avant son entrée à l'Oursine.

Le mari, que nous avons interrogé bien soigneusement, nous a assuré n'avoir jamais eu ni chancre, ni chaudepisse. La verge, que nous avons examinée, était parfaitement saine et ne présentait aucune cicatrice de chancre. État actuel. — Depuis que le mal de gorge a paru, gêne pour parler; au niveau du larynx cependant la voix n'est pas changée; les parois de la bouche sont saines. Les deux amygdales, du volume d'une noix, présentent à leur partie supérieure une couleur blanche qui tranche assez vivement sur la couleur rose de la partie inférieure; mais cette teinte blanche ne proémine pas comme cela a lieu dans les tubercules. Le voile du palais et le pilier antérieur, dans les points où ils touchent à la portion blanche de l'amygdale, sont d'un rouge très-prononcé; l'arrière gorge ne présente rien d'anormal; la déglutition se fait bien et sans douleur aucune.

Les angles internes et externes des deux yeux sont rouges. Les premiers le sont davantage; la caroncule lacrymale gauche est tuméfiée, la droite l'est un peu moins; le reste des paupières est sain. La rougeur de la conjonctive palpébrale est uniforme, celle de la conjonctive oculaire, au contraire, est formée d'une énorme quantité de petits vaisseaux sanguins, entre lesquels on voit la couleur blanche de la sclérotique. Les points lacrymaux ne paraissent point enflammés; cependant les larmes coulent sur la joue, et les narines sont sèches, surtout la gauche. Autour de la cornée existe un petit cercle blanc qui n'atteint pas la rougeur, et où s'arrête assez brusquement le lacis des vaisseaux dont nous avons parlé. A droite l'iris paraît être d'un cinquième plus étroit qu'à gauche; à gauche le grand cercle est gris, à droite il est noir; la couleur verdâtre du deuxième cercle est plus foncée à droite qu'à gauche. Enfin, la couleur brun clair de l'œil gauche est passée au brun foncé à droite. Du côté gauche la pupille est à peu près arrondie, excepté en haut, où elle est terminée par une ligne droite; il en est de même à la partie externe, mais de ce côté cela est moins sensible qu'en haut. A droite la pupille, qui est de même grandeur qu'à gauche, c'est-à-dire le cinquième de la cornée en face d'une fenêtre, est encore plus irrégulière. Elle est ovale de haut en bas et de dedans en dehors, encore l'ovale est-il formé par cinq lignes droites se réunissant à angles, de manière à constituer un polygone. L'iris gauche se contracte plus que le droit, mais la pupille, en se rétrécissant, devient plus irrégulière. Un peu de mucus jaune concrété agglutine les angles des yeux; l'œil gauche voit aussi bien qu'en bonne santé; la malade peut compter les lignes d'une page à 3 pieds; avec l'œil droit elle ne peut les compter qu'à huit pouces environ. Légère cuisson aux angles des yeux; les deux paupières sont collées le matin à l'œil droit plus qu'à l'œil gauche; démangeaison aux paupières des deux yeux; de plus, à l'œil droit, la malade éprouve des élancements et des douleurs sourdes, qui siégent tantôt dans l'œil lui-même, tantôt au-dessus du sourcil, et qui viennent par crises; alors elle ne peut pas ouvrir l'œil, tant la lumière augmente les douleurs. — Sur la grande lèvre gauche deux grandes taches violacées laissant supposer l'existence d'anciens tubercules; le vagin est normal pour la couleur; il est couvert d'un écoulement blanchâtre albumineux, concrété comme de l'empois, mais plus opaque; le col est rose blanc, fendu transversalement; la lèvre supérieure, près de l'ouverture, est un peu viola-

cée, l'inférieure est rose pâle. Léger écoulement albumineux à l'entrée du col ; rien d'anormal à la vulve ; toutes les fonctions s'exercent normalement. La malade n'a suivi aucun traitement avant de venir à l'Oursine. — *Prescription* : Tisane de salsepareille édulcorée avec sirop sudorifique ; une pilule de proto-iodure de mercure 1 huitième de grain ; collyre d'eau de rose et de plantain ; quatre portions d'aliments.

28 juillet. — La partie interne de l'œil droit est plus rouge, la caroncule et la conjonctive sont boursouflées. — Compresses d'eau de guimauve sur les joues, renouvelées souvent.

29 juillet. — L'œil droit est mieux le matin. — On continue le proto-iodure de mercure, et on donne 1 décigramme de calomel en pilule.

31 juillet. — L'œil gauche ne présente plus aucune rougeur ; il est, selon la malade, comme à l'état normal ; le droit est moins rouge, elle peut avec lui compter les lignes d'un livre à trois pieds de distance. Mais les dimensions de la pupille et les douleurs sont les mêmes ; il est survenu à la malade des tubercules syphilitiques dans les sillons qui séparent les ailes du nez des joues.

1er août. — Même état. — Calomel, 25 cent. ; collyre avec 25 millig. de deuto-chlorure de mercure.

3 août. — La conjonctive oculo-palpébrale gauche est un peu rouge ; la malade éprouve dans l'œil la sensation de gravier ; l'iris gauche est toujours plus pâle que le droit ; il se contracte très-bien, seulement par moments la pupille devient irrégulière. A gauche, même état.

7 août. — La pupille droite a le tiers de celle du côté gauche ; du reste, même état.

8 août. — On prescrit : solution d'extrait de jusquiame pour instiller dans l'œil plusieurs fois dans la journée.

9 août. — Les deux pupilles ont conservé les rapports de grandeur qu'elles avaient précédemment, mais elles sont énormément dilatées. La droite est très-irrégulière ; la gauche est arrondie. L'iris forme autour d'elle un cercle qui n'a pas plus de 2 millim. de largeur ; à droite, la pupille est ovalaire de haut en bas et de dedans en dehors, et formée de plusieurs lignes droites ; du reste, même état pour la coloration des deux iris et pour la vision. Les tubercules syphilitiques des ailes du nez ont disparu.

14 août. — Les deux pupilles sont très-régulières ; la gauche a un peu plus de la moitié du diamètre de la cornée, la droite le tiers juste. Les douleurs et les élancements dans le globe de l'œil sont moins forts, ils ne reviennent plus par accès comme au commencement. Toutes les fonctions s'exécutent bien.

La malade sort à la fin du mois de septembre : ses deux yeux sont parfaitement normaux ; la vue est bonne et égale des deux côtés, et la malade n'éprouve plus ni douleurs sourdes ni élancements. Quelques heures avant son départ, on instille dans les deux yeux de l'extrait de belladone : l'iris gauche se dilate en cercle parfait et ne présente aucune adhérence. Sa coloration est la même que celle de l'iris droit. A droite, la pupille est énormément dilatée, mais ovale comme précédemment, en examinant attentivement ; on voit deux adhérences, l'une supérieure, l'autre inférieure, et qui empêchent l'iris de se rétracter également partout ; la base de ces adhérences est à l'iris ; elles sont noirâtres.

Remarques. Dans le cas qui précède, les caractères que quelques auteurs ont attribués spécialement à l'iritis syphylitique existaient en partie d'un côté, tandis que de l'autre ils étaient complétement absents, nouvelle et excellente preuve du peu de valeur de ces caractères.

Un point de vue pratique d'une grande importance, et que rend parfaitement saillant la comparaison des deux faits qui précèdent, c'est l'issue très-différente qu'a eue la maladie chez les deux sujets, bien que chez les deux elle se soit terminée par la guérison. En effet, chez le premier, la pupille, même longtemps après la guérison, était encore déformée, et, ce qui est plus grave, à peu près complétement immobile ; chez la seconde au contraire elle était arrondie et mobile aussitôt après la guérison. Faut-il attribuer cette différence d'issue à la gravité différente des deux maladies, ou bien au traitement employé? J'avoue que je ne me crois pas en mesure de me prononcer à cet égard ; cependant si l'on réfléchit que l'immobilité, comme le rétrécissement, est due à des adhérences qui se forment entre l'iris et la capsule antérieure, on comprend bien que l'extrême dilatation, en éloignant les deux organes l'un de l'autre, doit les rendre moins fréquentes ou au moins plus lâches, et par conséquent moins dangereuses. De là ce précepte très-sage d'employer dès le début de l'iritis la pommade de belladone en frictions sur la base de l'orbite, pour maintenir la pupille dans un état de dilatation permanente.

Nous n'attacherons pas grande importance dans la seconde observation, aux renseignements fournis par la malade sur la manière dont elle aurait contracté la sy-

philis; nous nous bornerons à appeler l'attention sur ce point tant controversé, afin que nos lecteurs puissent juger avec quelle circonspection nous acceptons les faits délicats, et afin qu'ils puissent voir pourquoi nous n'avons nécessairement que des faits exceptionnels à opposer à nos adversaires, lorsqu'il s'agit de la contagion des symptômes secondaires, ainsi que de quelques autres questions tout aussi ardues.

H. DE C.

REVUE.

THÉORIE DE LA SYPHILIS,

PAR JULES HÉLOT.

THÈSE DE PARIS, 1844.

L'homme est, dans ses écarts, un étrange problème.
.....
.....
Le matin incrédule, on est dévot le soir.

« Je prie mon collègue et ami de ne voir dans ce que je vais dire, que l'expression de l'indépendance scientifique, qui fait que l'amitié n'est point un titre à n'être point critiqué. »

Cette déclaration que l'auteur m'adresse à la page 63 de sa thèse, entre trop bien dans mes principes en matière de science, pour que je ne m'empresse pas de l'accepter dans toute sa rigueur. Malgré ce qu'il a de difficile et souvent de dangereux, le devoir de critique, lorsqu'il est rempli consciencieusement, ne laisse pas cependant que de procurer une certaine satisfaction qui anime et qui soutient; cette satisfaction, j'ai eu plus souvent que je ne l'aurais voulu, l'occasion de l'éprouver, et je suis beaucoup trop évangélique à cet endroit pour pouvoir même songer à en priver quelqu'un. Que mon honorable collègue soit donc parfaitement rassuré; sa critique n'a changé en rien mes sentiments à son égard, et si, dans celle qui va suivre, il m'était échappé quelque terme qui blessât les plus strictes convenances, il devrait y voir moins l'expression de ma pensée, que le résultat de la rapidité avec laquelle je suis obligé de faire cette rédaction pour qu'elle puisse paraître en temps opportun.

L'étendue des réflexions que je vais faire sur le travail de M. Hélot prouverait assez, sans que j'eusse besoin de le dire, que ce travail est important, qu'il a exigé de nombreuses recherches et de sérieuses méditations; mais ce ne serait pas assez dire, et je dois ajouter que ce travail offre une grande supériorité d'exécution, une fois qu'on admet comme vrais les principes sur lesquels l'auteur fonde sa doctrine, et cette supériorité fait encore regretter davantage que la plupart de ces principes soient faux. A côté de ce mérite général qu'offre le travail de M. Hélot, il faut signaler un défaut également général, et qui consiste dans une opposition singulière des points de vue auxquels l'auteur se place successivement pour juger les différentes questions qui se rattachent à la syphilis; il en résulte que, tantôt placé dans les régions un peu trop élevées de l'abstraction, il ne voit les choses sur lesquelles il disserte qu'à travers un nébulisme que bien des yeux ne pourront pénétrer, et qu'alors il masque par des raisonnements ambigus les faits de la plus simple observation; que tantôt, au contraire, concentrant ses regards sur un point rétréci, il juge de l'ensemble du tableau par l'inspection d'un coin obscur de la toile; que quelquefois, enfin, pivotant au centre de l'horizon, il aperçoit l'ensemble du panorama et le décrit avec justesse et bonheur; et qu'ainsi, définitivement, il vient fournir un nouvel exemple à l'appui de la sentence qu'Andrieux a exprimée avec non moins de vérité que d'agrément.

Les détails dans lesquels nous allons maintenant entrer vont nous fournir divers exemples confirmant les propositions générales que je viens d'émettre.

Dans une première partie, l'auteur traite de la nosologie de la syphilis, et discute assez longuement les motifs qui ont engagé tel ou tel auteur à placer cette maladie dans telle ou telle classe nosologique; je n'aurais eu qu'à louer les efforts qu'il

fait pour la classer plus rationnellement qu'elle ne l'a été encore, si M. Hélot ne semblait attacher à cette classification une importance démesurée. Pour lui, les mauvaises classifications nosologiques, ou au moins certaines de ces classifications, ne tendent à rien moins qu'à la négation de la science, et c'est ce que je ne saurais admettre; je suis loin assurément de contester l'utilité d'une bonne classification nosologique, mais je suis plus loin encore de lui accorder les avantages que lui reconnaît M. Hélot; je conçois fort bien qu'on puisse connaître la vigne et toutes ses variétés, la cultiver avec succès, faire d'excellent vin et le boire, sans se douter que cet arbuste fait partie de la grande division des dicotylédonées, de la classe des polypétales à étamines hypogines, etc.; de même que l'on peut très bien connaître la vérole sans savoir qu'elle est « *une maladie essentielle, qui manifeste une prédisposition définie du corps humain,* » (1) connaissance qui, il faut bien l'avouer, ne nous avance pas considérablement. Ainsi donc, chercher à fonder la nosologie sur des bases plus solides que celles qu'elle a eues jusqu'ici, c'est faire une tentative très-louable et qui peut être utile à la science; mais faire dépendre du succès très problématique de cette entreprise toutes nos connaissances médicales, dire, par exemple, que « *sans nosologie, il n'y a pas de distinction possible entre les maladies,* » (2) c'est à la fois commettre une grave erreur et vouloir nous replonger dans cet ergotisme scolastique, qui a si longtemps tenu l'esprit humain emmailloté, et dont les philosophes des deux derniers siècles ont eu tant de mal à nous délivrer.

Je ne prolongerai pas davantage cette discussion, car j'ai hâte de joindre mon honorable ami et adversaire sur le terrain des faits, où nous serons, lui plus intelligible, moi plus à mon aise, et la discussion plus facile et surtout plus fructueuse. Pour discuter ces faits, nous suivrons l'ordre dans lequel on les rencontre dans la thèse, bien que cet ordre ne soit pas le meilleur possible; mais on a vu que je fais assez bon marché des classifications.

A la page 19, M. Hélot attribue à son cher maître, et semble partager avec lui, l'opinion qu'il y a deux variétés de sarcocèle syphilitique : l'une qui consiste dans l'induration du testicule avec hypertrophie; l'autre, dans laquelle se montrent des productions gommeuses; M. Hélot ne nous semble pas avoir été en cette occurrence un interprète très fidèle; mais en corrigeant même ce qu'il peut y avoir d'inexact dans sa version, il aurait pu ajouter qu'il ne manquait à cette opinion qu'un seul fait bien observé pour la rendre digne de quelque considération.

A la page 22, l'auteur aborde une question importante, celle de savoir si la blennorrhagie est un symptôme de la syphilis. Je passe le préambule dont il fait précéder la question proprement dite, et sur lequel cependant j'aurais bien quelques remarques à faire, pour arriver immédiatement aux faits importants. — M. Hélot professe que la matière blennorrhagique ne s'inocule pas à moins qu'elle ne soit mélangée à du pus de chancre; j'ai surabondamment démontré ailleurs, ainsi que M. Cazenave (1), que cette opinion ne se soutenait que sur un échafaudage informe d'hypothèses les plus fantastiques. Mais, depuis que j'ai écrit mon premier travail, des faits d'une clarté aussi évidente que celle du soleil ont surgi dans la science; j'ai cité des cas où le liquide d'une balanite *sans aucune trace d'ulcération, sans aucun écoulement urétral*, avait donné lieu à un chancre; ces faits observés par un homme parfaitement impartial, et plus opposé que favorable à mes doctrines, n'ont pas encore été discutés par les inoculateurs; pourquoi les passer toujours sous silence, ou même les nier, comme le fait M. Hélot au bas de la page 37? Les ignorent-ils? Feignent-ils de les ignorer? J'avoue que je ne trouve à ce concert silencieux aucune explication bien avantageuse pour eux. Ainsi, sous le rapport de l'inoculation, M. Hélot a suivi tous les errements de son maître : dans les résultats positifs de cette pratique, il a choisi ceux qui convenaient à sa doctrine, négligé ou défiguré les autres, et quant aux résultats négatifs, il leur a attribué une valeur que le bon sens répugne à leur accorder.

Cependant M. Hélot ne s'en est pas tenu aux seuls résultats de l'inoculation pour trancher la question d'une manière défini-

(1) Conclusion de la thèse, page 95.
(2) Thèse, page 23.

(1) Voyez les articles que ce dernier a publiés dans les premiers numéros de ce recueil, ainsi que nos Recherches sur l'Inoculation. Paris, 1841.

tive; il a, au contraire, essayé de corroborer l'interprétation qu'il donnait de ces résultats par l'observation des phénomènes qui constituent la maladie tout entière; et, ici encore, il est tombé dans plusieurs erreurs graves: ainsi il trouve que la roséole blennorrhagique ne ressemble en rien à la roséole chancreuse ou syphilitique, car c'est tout un pour lui (page 27), première erreur; il trouve que les bubons qui peuvent survenir pendant la durée de la blennorrhagie, *surtout lorsqu'elle est très-inflammatoire* (1), ne sont point chancreux, c'est-à-dire syphilitiques, seconde erreur. Il trouve que les exulcérations très-fréquentes de la balano-posthite n'ont rien de commun avec le chancre de ces régions, erreur encore. Cependant M. Hélot sait parfaitement que ses prédécesseurs, et lui-même, malgré de louables et d'ingénieux efforts, n'ont pu trouver d'autre distinction entre ces ulcérations supposées bénignes et les chancres superficiels, que celle résultant de l'inoculation, c'est-à-dire d'un cercle vicieux, dans lequel s'enferment tous les inoculateurs, et où ils se croient inexpugnables.

Un peu plus loin, à la page 29, M. Hélot fait un aveu qui aurait dû convertir bien des inoculateurs, si l'esprit de système n'était une barrière impénétrable aux lumières de la raison,.... « De telle sorte, dit-il, qu'il faut quelquefois, pour réussir dans l'inoculation, y revenir à plusieurs reprises, et attendre que l'écoulement purulent soit moins abondant. » Comment mon intelligent collègue n'a-t-il pas vu que cette réflexion frappait de nullité à peu près tous les résultats de l'inoculation, à supposer, ce qui n'est pas, que ces résultats eussent d'ailleurs la valeur qu'on leur accorde bénévolement? Vous pratiquez l'inoculation une fois, deux fois, trois fois au plus, et vous concluez à la non-inoculabilité, tout en avouant que quelquefois on est obligé d'y revenir à plusieurs reprises; mais pourquoi vous arrêter à la troisième fois? Pour être logique, vous devriez inoculer depuis le premier jour de la maladie jusqu'au dernier, et si vous ne l'avez pas fait, vous êtes mal fondé dans vos conclusions; ces réflexions, je les ai faites dans mon mémoire sur les bubons d'emblée; M. Cazenave les a faites dans son travail sur la blennorrhagie; pourquoi ici encore M. Hélot a-t-il suivi l'exemple des prédécesseurs en n'y répondant pas?

A la page 32, M. Hélot qualifie de *quasi-effrayant* le nombre d'inoculations pratiquées par son honorable maître. Si mon collègue attache à ce mot le même sens que moi, nous tombons au moins une fois d'accord sur l'application de cette exécrable pratique.

A la page 35, l'auteur donne comme démontrées deux assertions qui sont bien loin de l'être: c'est que les animaux ne sont pas susceptibles d'attraper la syphilis, tandis qu'ils sont sujets à la blennorrhagie. M. Hélot a seulement voulu dire: 1° que l'inoculation qu'on a tentée chez différents animaux n'a pas réussi; mais elle n'a pas été faite chez tous, et puis elle ne prouverait pas que ces animaux ne peuvent pas la contracter d'une autre manière; 2° que les animaux (ou plutôt certains animaux qui ne sont pas même bien nombreux) peuvent être affectés d'écoulements, ce qui ne veut pas dire que ces écoulements soient de même nature que les écoulements blennorrhagiques de l'homme; car personne, contrairement à la conviction apparente de M. Hélot, n'a établi sur des faits positifs la transmission de ces divers écoulements, soit de l'homme aux animaux, soit des animaux à l'homme.

Nous pourrions prolonger beaucoup plus l'examen de cette première partie de la thèse de notre savant et affectionné collègue; mais nous croyons que ce qui précède suffira pour montrer que la route dans laquelle il s'est engagé doit nécessairement conduire à l'erreur, et cela nous dispensera pour cette raison d'être aussi long sur les autres parties. Nous ajouterons cependant une dernière remarque: l'auteur de la thèse admet sans doute avec son maître que le chancre peut communiquer la blennorrhagie; or, ce fait nous semble tout simplement le meilleur argument à opposer à sa théorie.

Dans la seconde partie de la thèse, l'auteur traite de l'étiologie de la syphilis. Cette partie n'est pas moins féconde que la précédente en assertions hasardées et en erreurs confirmées: à la page même qui commence le chapitre, il avance, après avoir fait remarquer l'inaptitude de cer-

(1) Cela veut-il dire que lorsque la blennorrhagie *n'est pas très-inflammatoire*, les bubons peuvent, à la rigueur, être syphilitiques?

tains individus à être atteints par la contagion syphilitique, que l'inoculation au contraire réussit *toujours* à déterminer la maladie ; je ne sais pas sur quels faits M. Hélot pourrait appuyer cette assertion.

Je ne suivrai pas l'auteur dans la discussion qu'il engage sur la nature de la syphilis ; j'ajouterai seulement deux remarques à celles qu'il a faites sur cette question : la première, c'est que les partisans de la nature épidémique ont rapporté à l'appui de leur opinion des exemples de vérole chez de pieux évêques, chez des nonnes cloîtrées ; cas dans lesquels on ne pouvait évidemment supposer une contagion directe ; je sais bien que cette dernière assertion pourra trouver des incrédules ; mais elle me semble cependant mériter une certaine attention ; la seconde c'est que je ne connais pas de faits qui autorisent M. Hélot à avouer qu'à certaines *époques* la syphilis se montre avec une plus grande gravité, et que si, dans tous les cas, une pareille opinion pouvait être établie, elle serait au moins aussi bien pour que contre la nature épidémique.

M. Hélot a fait remarquer avec juste raison, à la page 48, que *contagieux ne veut pas dire inoculable ;* comment se fait-il qu'il ait si promptement oublié cette utile vérité, et qu'à propos de la contagion, il confonde parfaitement ces deux choses? Ainsi, agite-t-il la question de savoir si le tubercule plat est susceptible de se transmettre par contagion : pourquoi, dit-il, ne se reproduit-il pas par inoculation? Et ne comprenant plus maintenant qu'un symptôme puisse être contagieux sans être inoculable, il part de là pour nier la contagion du tubercule plat ; il en agit de même, et avec aussi peu de raison, avec tous les symptômes consécutifs.

Lorsque l'auteur veut combattre l'opinion qui admet la possibilité d'une syphilis constitutionnelle, sans symptômes locaux préalables, voici comment il raisonne : « Une semblable opinion ne peut reposer que sur les assertions des malades, et nous savons ce qu'elles peuvent valoir en pareille matière. » On trouvera sans doute M. Hélot un peu rigide d'envelopper ainsi dans une proscription générale les témoignages de tous les malades indistinctement ; nous verrons heureusement qu'il n'est pas toujours aussi sévère. Mais je suppose que cette incrédulité exagérée fût motivée, le parti le plus sage, ce me semble, serait de laisser la question dans le doute ; M. Hélot, au contraire, conclut immédiatement à l'opposé ; ainsi sa manière de raisonner est exactement la suivante : Un malade affirme n'avoir pas eu d'accidents primitifs ; mais vous n'ayez aucun moyen de vous assurer de la réalité de son assertion ; donc il en a eu. Ayant raisonné ainsi, il poursuit : « Du reste, elle (l'opinion) est si contraire à l'idée qu'on doit se faire des maladies, qu'*à priori* elle semble impossible. En effet, *comment admettre que la maladie commence par où elle finit d'ordinaire ?* » (P. 56.) Ainsi, admettre que le virus peut, à l'instar de plusieurs autres virus, passer dans la circulation sans produire d'accidents locaux, et ne se traduit que par des accidents généraux, c'est, selon M. Hélot, admettre une chose contraire à l'idée qu'on doit se faire des maladies, c'est *admettre que la maladie commence par où elle finit?* J'en demande bien des pardons à mon estimable collègue, mais je ne vois aucun rapport entre les principes et les conséquences, et dans la dernière surtout, je ne puis, malgré la meilleure volonté, trouver qu'une facétie qui pourrait bien avoir son prix dans certaines circonstances extra-scientifiques, mais qu'on ne saurait accepter dans une discussion sérieuse. — M. Hélot conclut en niant, *jusqu'à ce qu'on le prouve*, que la syphilis constitutionnelle puisse se montrer après des commerces impurs sans manifestation locale. Je n'ai maintenant à reprocher à cette conclusion qu'une restriction inutile. *Jusqu'à ce qu'on le prouve !* Mais mon cher collègue sait bien, et il l'a exprimé assez explicitement, qu'on ne le prouvera jamais à ceux qui ont pris pour système de suspecter les témoignages de tous les malades indistinctement.

Le haut de la page 58 renferme la plus grossière hérésie syphilographique que l'on puisse imaginer ; la voici : *Pour que l'inoculation* (1) *se produise sur la peau* (2), *il faut qu'elle soit le siége d'une écorchure, d'un dépouillement quelconque de l'épiderme.* Les faits qui établissent la fausseté d'une sem-

(1) C'est-à-dire la contagion, car l'auteur continue à raisonner dans l'hypothèse où ces deux choses ne font qu'une seule et même chose.

(2) La peau signifie ici le derme, car l'auteur étend évidemment son principe aux muqueuses avec son honorable maître.

blable opinion sont tellement vulgaires, qu'il ne me faudra certes pas de grands efforts pour les faire admettre. Quel est le médecin qui n'a pas eu occasion de voir au moins une fois un homme s'exposer à la contagion, laver ensuite les parties contaminées qui ne présentaient aucune trace, je ne dirai pas d''écorchure, mais d'altération quelconque, et être cependant affecté de chancre quelques jours plus tard? Mais c'est ainsi que la maladie se développe dans la plupart des cas; ces faits courent les rues. Du reste, M. Hélot, qui n'admet pas la contagion sans écorchure, admet cependant à la même page que les baisers sur la bouche sont une occasion d'infection; or, ces deux propositions impliquent une contradiction nécessaire.

Le chapitre que M. Hélot consacre à l'examen des bubons d'emblée a une importance toute particulière, et il faudrait pour l'examiner un plus long espace que ne le comporte cette Revue. J'aurai d'ailleurs occasion de revenir sur cette question prochainement; je la laisse donc à peu près intacte pour aujourd'hui. Je ne ferai que deux remarques, l'une relative à mes observations, l'autre concernant le développement des bubons d'emblée. Un des arguments sur lesquels M. Hélot se fonde pour détruire la valeur de mes observations, c'est de dire que l'induration qui environnait les bubons n'était point spécifique, sans quoi elle aurait nécessairement été suivie, au plus tard dans l'espace de deux mois, d'accidents constitutionnels. On sait, en effet, que c'est là une loi posée par les inoculateurs, et que M. Hélot a sans doute acceptée sans y réfléchir; car, en vérité, les faits qui prouvent la fausseté de cette prétendue loi sont tellement nombreux, tellement faciles à observer, tellement concluants, qu'il faut je ne sais quelle prédisposition fatale pour n'en être pas frappé.

Quant au développement des bubons d'emblée, sans m'inquiéter de leurs propriétés inoculables ou non, voici le petit raisonnement que je me fais, et que je soumets aux lumières de mon estimable collègue : Tous les jours on voit des hommes exercer le coït, sans aucune mesure, avec des femmes saines, et ces hommes ne contractent jamais ou presque jamais de bubons, du moins n'en ai-je jamais vu, non plus qu'un grand nombre de médecins que j'ai interrogés à ce sujet; par opposition, il n'est pas rare de voir des hommes avoir des rapports très-modérés avec des femmes infectées, et contracter cependant des bubons. Si c'étaient les fatigues du coït qui produisissent les bubons, ceux-ci devraient se développer bien plus facilement dans le premier cas que dans le second, et c'est tout le contraire qui a lieu; il me semble donc bien permis de rapporter ces bubons à la circonstance qui fait la différence des deux catégories de femmes, c'est-à-dire à l'infection syphilitique. Ce raisonnement n'a rien de bien compliqué; il est même assez vulgaire, et j'avoue qu'il ne m'en paraît pas plus mauvais. Je terminerai ce que j'ai à dire sur le chapitre des bubons en convenant avec plaisir que ce chapitre est fort bien exécuté, toujours au point de vue où s'est placé l'auteur, et qu'on serait difficilement plus ingénieux à se tromper soi-même.

Je n'en dirai pas autant du chapitre de l'allaitement et de l'hérédité, où l'auteur a suivi, sans aucun perfectionnement, les errements de son maître. On y trouve que les symptômes consécutifs ne se transmettent pas par contagion; qu'ils se transmettent par hérédité et seulement du côté de la mère, et encore quand ils sont à la *seconde période*, toutes propositions qui sont en opposition avec les faits les plus authentiques, ou qui n'ont d'autre fondement que le bon plaisir de ceux qui les professent.

La troisième partie, dans laquelle l'auteur traite de la pathogénie de la syphilis, est à la fois la meilleure et la plus mauvaise; on y trouve un passage des plus fortement conçus sur les différents caractères des bubons, et sur la route fantastique que certains inoculateurs ont tracée, dans leur sagesse, au virus, et ce morceau est certainement un des plus solides plaidoyers en faveur de l'infection générale dès l'instant où la contagion s'est opérée, et contre l'utilité de l'inoculation. Mais, à part ce morceau de choix, on peut dire que tout le reste est ou bizarre ou inintelligible, et semble vraiment avoir été écrit dans les plus beaux temps de l'ergotisme scolastique. L'auteur y supprime le virus syphilitique et même tous les autres virus, par la raison qu'il ne comprend pas comment ce virus peut agir et être modifié par l'organisme pour produire la série de phénomènes qui constituent la maladie syphi-

litique. Si cette opinion excentrique me paraissait avoir quelques chances de réussite, j'en montrerais la futilité, et cela ne me serait pas bien difficile; mais, à vrai dire, je la crois peu dangereuse. Je me contenterai, pour en dégoûter les gens sensés, de reproduire ici une partie du passage dans lequel l'auteur la résume.

« Ainsi, pour résumer la discussion que « nous venons d'établir sur la pathogénie « de la syphilis, nous avons vu que si la « contagion était incontestable, que s'il « existait un virus ou principe contagieux, « il ne pouvait agir que comme cause occa- « sionnelle de la maladie, et non comme « cause causatrice ou productrice de cette « même maladie, qui, avant son évolution, « se trouve en puissance dans l'homme, en « vertu de la prédisposition commune que « nous y avons tous; qui, ensuite, une fois « mise en jeu par la cause occasionnelle, « se développe en affectant telle ou telle « forme, en produisant telle ou telle lésion, « suivant des dispositions spéciales à cer- « tains individus en particulier, et suivant « des causes excitantes agissant secondai- « rement, telles que les influences de cli- « mat, de saisons, de régime, d'habitudes « extérieures, etc. Nous avons vu que le « virus ne pouvait être la cause produc- « trice de la syphilis, puisque le premier « homme qui en fut affecté ne la dut point « à un principe contagieux, puisque encore « l'effet ne peut être la cause. »

Si Boileau a eu raison de dire que ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, j'avoue que les idées qui provoquent de semblables expressions doivent être bien obscures; la dernière phrase est la seule qui soit bien lucide, et ce n'est certainement pas à l'avantage de la logique. Il ne manque point de par le monde de gens qui croient que le premier homme et la première femme se soient faits tout seuls; je suppose même que mon honorable collègue et ami n'est pas éloigné de partager cette opinion, et cependant cela n'empêche pas l'espèce humaine de se fabriquer aujourd'hui elle-même; je ne sache même pas que sans la conjonction des sexes il se fasse aujourd'hui beaucoup d'hommes.

Je termine ici cette bien courte Revue; j'aurais pu prouver à M. Hélot que sa définition de la syphilis est un démenti formel donné à ses idées sur le développement et la marche de cette maladie; mais j'ai dû m'abstenir de toute discussion, l'examen de ces doctrines, si on peut leur donner ce nom, devant trouver sa place dans l'histoire de la syphilographie au dix-neuvième siècle; mais, après tout, je me plais à le répéter, malgré les énormes défauts que j'ai signalés, le travail de M. Hélot porte l'empreinte d'un esprit laborieux et assez fortement organisé. Si dans cette occurrence M. Hélot a surtout été l'écho d'autrui, le peu qui lui appartient dans sa thèse suffit pour montrer une intelligence qui pourra enfanter des productions solides, lorsqu'elle voudra se livrer à son propre essor et se dégager des doctrines fausses, contradictoires, quelquefois bizarres, qui semblent se disputer sa possession.

H. DE CASTELNAU.

STATISTIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES,

D'après les observations du docteur Cassola, de Syracuse.

« Depuis que les médecins ont senti la nécessité de représenter en statistiques tout ce qui a rapport à la nature et au traitement des maladies, les progrès de la médecine se sont accrus; l'étiologie, la symptomatologie, la thérapeutique, se sont améliorées, ainsi que le diagnostic et le pronostic, qui, on a pu le dire, étaient, il y a peu de temps encore, le roman de l'art médical. Les statistiques que nous possédons ont cependant un défaut: c'est qu'elles mettent en rapport toute espèce de connaissances médicales, en apparence identiques, avec d'autres toutes différentes; ainsi on y compare le nombre des cas d'affection typhoïde avec le nombre des cas guéris par les chlorures, le chlore, ou divers autres sels. Bien que l'affection typhoïde soit par sa nature toujours la même, elle est modifiée dans un indivu par l'âge, dans un autre par le sexe, dans un autre par les causes. De là, la nécessité de mettre en relation le mode de traitement avec l'affection typhoïde, modifiée par des circonstances identiques, afin que la statistique puisse être exacte. De cette façon, les conséquences qu'on en déduirait auraient certainement plus de valeur, et la médecine reposerait sur des bases plus solides. Il ne suffit pas non plus de comparer d'une manière spéciale les circonstances modificatrices de la maladie, comme l'a fait M. Chomel dans sa statistique de la fièvre typhoïde, parce que la complication morbide se trouve séparée de la relation qu'elle a avec le traitement, par exemple, etc. Je sais qu'il deviendrait très-

difficile de noter toutes les circonstances compliquées qui peuvent se présenter, mais cela pourrait être fait pour quelques-unes au moins, pour celles qui paraissent les plus importantes, selon l'espèce de maladie dont on établit la statistique. J'ai essayé de suivre cette marche pour une espèce de maladie dont la science ne possède pas, que je sache, une statistique exacte. Les observations ont été faites sur 297 malades atteints de syphilis confirmée; voici de quelle manière je les ai distribuées.

« Je compare ce nombre de malades (traités par les frictions mercurielles tous les jours, pendant l'espace des six mois les plus froids de l'année, moins les malades qui furent guéris avant ce temps) avec la guérison complète, avec l'amélioration dans l'état de la santé, avec l'indifférence, à l'action curative et avec l'aggravation du mal. Je divise donc la syphilis générale en diverses formes spéciales, et celles-ci encore en d'autres plus particulières, afin de voir si, parmi ces diverses formes, on constate plus aisément la guérison de l'une que de l'autre. Ainsi la syphilis constitutionnelle a été divisée en syphilis représentée : 1° par les douleurs syphilitiques; 2° par les plaies; 3° par l'engorgement des glandes lymphatiques; 4° par les tubercules gommeux; 5° par les abstractions des glandes conglobées; 6° par les sciatiques; 7° par les engorgements des testicules; 8° par les tumeurs osseuses, etc., etc. (formes diverses qui sont tantôt isolées, tantôt réunies en plus ou moins grand nombre chez le même individu). Chacune de ces formes est en outre divisée en d'autres plus spéciales; ainsi les douleurs syphilitiques sont divisées en : 1° syphilis avec douleurs aux membres supérieurs; 2° douleurs aux membres inférieurs; 3° aux articulations; 4° à la tête; 5° à l'abdomen et aux lombes; 6° à la poitrine. Cette division indique mieux dans quelle forme syphilitique les frictions mercurielles sont le plus avantageuses; elle nous apprend quels sont les effets généraux les plus fréquents du virus; elle fait naître le désir de résoudre certains problèmes, ceux-ci par exemple : Pourquoi un testicule s'engorge-t-il plus souvent que l'autre? Pourquoi la sciatique affecte-t-elle plutôt le côté gauche que le droit? connaissances qui, réunies à d'autres sur les affections des organes doubles ou symétriques, pour lesquels l'expérience semble démontrer que ceux situés à gauche sont plus souvent exposés à s'écarter des fonctions physiologiques, nous engagent à la recherche d'une théorie plus élevée, à voir dans l'homme pour ainsi dire un être composé de deux corps organisés, dont la gauche résiste moins que le droit aux impressions morbides. — La première de ces déductions, qui consiste à supposer que le mercure attaque plus facilement une forme que l'autre, paraîtra étrange et absurde, parce qu'on peut dire que le virus étant un, et la maladie identique chez tous les individus, le même médicament, malgré les différences de forme, devrait les guérir toutes.

« L'expérience et le raisonnement s'élèvent contre une telle manière de voir. Supposons pour un moment que toutes les formes d'affections syphilitiques confirmées soient identiques, en conclura-t-on nécessairement que le même médicament doit les guérir toutes également? Les médecins savent que la nature de chaque organe modifie la nature du mal qui y a son siége. Qui ne sait pas aussi que certaines substances agissent sur les reins, d'autres sur le système nerveux, d'autres sur le sang, etc., etc.? »

L'auteur expose ensuite le tableau statistique suivant, dont il compte développer dans un autre article les utiles et curieuses déductions.

OBSERVATIONS SUR 297 MALADES ATTEINTS DE SYPHILIS CONFIRMÉE.

NOMBRE DE MALADES ET FORME DE LA MALADIE.	GUÉRISON.	AMÉLIORATION.	AUCUN CHANGEMENT.	AGGRAVATION de la MALADIE.
247 individus avec syphilis constitutionnelle.....	64	174	47	22
210 — avec douleurs syphilitiques.....	48	122	36	13
119 — — générales.....	30	65	19	5
23 — — aux membres supérieurs.....	5	14	4	
55 — — aux membres inférieurs.....	9	37	7	7
10 — — aux articulations.....	2	4	2	2
6 — — à la tête.....	2	3	1	
8 — — à l'abdomen et aux lombes.....		4	2	
3 — — à la poitrine.....		2	1	
74 — avec plaies.....	16	34	20	5
8 — avec ulcères au gland.....	3			
9 — avec ozène ou plaies au nez.....		3	4	1
1 — avec plaies au testicule droit.....		1		
2 — — au testicule gauche.....		1	1	
16 — — à la gorge.....	4	10	2	
3 — — aux membres supérieurs.....			1	2

NOMBRE DES MALADES ET FORME DE LA MALADIE.	GUÉRISON.	AMÉLIORATION.	AUCUN CHANGEMENT.	AGGRAVATION de la MALADIE
1 individu avec plaies au sternum		1		
15 — — aux membres inférieurs	5	5	3	2
2 — — à la tête		2		
2 — — au cou		2		
1 — — à la nuque	1			
2 — — à la lèvre supérieure			2	
8 — avec fistules au scrotum	1	4	3	
3 — — aux aines		2	1	
1 — — aux fesses		1		
2 — — à l'anus			2	
1 — — au cou		1		
3 — aux membres inférieurs		1	1	1
23 — avec engorgement des glandes lymphatiques	8	11	7	1
9 — — des glandes inguinales	4	3	2	
12 — — des glandes du cou	1	6	4	1
24 — avec gourmes	14	16	6	6
7 — — aux clavicules	3	2	3	1
15 — — à la tête	7	5	3	3
21 — — aux membres inférieurs	5	9	5	2
6 — — aux membres supérieurs	1	4		1
5 — — au sternum		2		3
1 — — aux côtes		1		
12 — avec obstruction des glandes conglobées	2	6	3	1
5 — — de la rate		3	2	
7 — — du foie	2	3	1	1
31 — avec exanthèmes	7	17	5	2
9 — avec herpès croûteux au visage		7	2	
2 — — au périnée		2		
1 — — à la lèvre inférieure		1		
2 — — aux membres inférieurs	1	1		
2 — — au scrotum	1	1		
13 — avec herpès général	4	4	3	2
1 — avec exanthème papuleux		1		
1 — avec chloasma général			1	
4 — avec sciatiques	4	2	1	
1 — — à droite		1		
3 — — à gauche	1	1	1	
21 — avec gonflement des testicules	2	7	10	2
5 — avec engorgement des deux testicules		1	4	
7 — — du testicule droit	1	3	3	1
9 — — du testicule gauche	1	3	4	1
20 — avec tumeurs osseuses	6	8	6	
16 — — au genou	6	7	3	
3 — — aux jambes		1	2	
1 — — aux vertèbres			1	
2 — avec tumeurs lymphatiques		1		1
5 — avec abcès purulents		2	2	1
3 — avec bubons		2	1	
2 — avec tumeurs encéphaliques			2	
4 — avec toux				4
3 — avec diabète			2	1
2 — avec gomphose légère		2		
4 — avec opacité de la cornée		3	1	
3 — avec rétrécissement de l'urètre	1	1	1	
2 — avec catarrhe vésical		1	1	
3 — avec paralysie et semi-paralysie		2	1	
2 — avec hydrocèle		1	1	
2 — avec hypertrophie du cœur			1	1
1 — avec incontinence d'urine			1	
2 — avec palpitations nerveuses du cœur				2
2 — avec carie			2	

Il n'est pas bien prouvé que toutes les affections inscrites à la suite des tumeurs lymphatiques dépendent du virus syphilitique ; on n'a fait que le conjecturer, à cause de leur développement simultané avec les autres symptômes syphilitiques, ou parce qu'elles sont arrivées à leur suite.

Je présenterai plus tard cette même statistique sous un aspect différent, en comparant par exemple les diverses formes dans lesquelles la syphilis a été divisée, avec le traitement aux divers degrés de la maladie, à ses diverses périodes, selon les causes qui l'ont développée et ont lésé soit l'hématose, soit l'innervation ; on verra par exemple que les dix malades atteints de gourmes syphilitiques,

petites, indolentes, et ayant paru depuis un an ou un peu plus, avaient été exposés à l'action de diverses causes qui avaient troublé l'hématose ou l'innervation, et qu'ils furent guéris, après six mois de traitement, par les frictions mercurielles.

L'histoire de ces observations a été recueillie à Naples, la plupart par le docteur E. Cassola lui-même, d'autres par Varron, dans les années 1838-1839, à l'hôpital des Incurables, salle des syphilitiques, et ont été notées avec exactitude sous la direction du docteur Ramaglia.

(*Gazetta toscana*, *novembre* 1843.)

Nous attendrons que l'auteur ait complété ce travail, pour le faire suivre des observations qu'il suggère nécessairement. Jusque là, nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de le reproduire ici.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LA DIÈTE SÈCHE OU TRAITEMENT ARABIQUE.

Dans certaines contrées du Midi il est un traitement depuis longtemps usité pour combattre la syphilis. Il est connu sous le nom de traitement arabique. Une ancienne tradition conservée à Marseille semble établir que cette méthode curative a été donnée à l'hôpital de cette ville par un apothicaire espagnol. Dans un mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux, M. Payan a cherché à remettre en honneur ce mode de traitement, qui consiste surtout en pilules, opiat, tisane sudorifique et un régime particulier.

Nous transcrivons ici les formules.

Pilules.

℞ Mercure coulant pur	} āā	30 grammes.
Deuto-chlorure de mercure		
Pyrèthre pulvérisée	} āā	60 grammes.
Agaric id.		
Séné id.		
Miel	Q. S.	

Avec la masse on fait des pilules de 20 à 30 centigrammes et on en prescrit deux par jour.

Opiat.

℞ Salsepareille pulvérisée	150 grammes.
Squine	90
Coquilles de noisettes torréfiées et pulvérisées	15
Girofle pulvérisé	4
Miel	Q. S.

15 à 20 grammes à prendre matin et soir.

Tisane sudorifique.

℞. Salsepareille	60 grammes.
Squine	30 id.
Eau	6 litres.

Laisser bouillir à petit feu jusqu'à réduction de quatre litres.

Régime. — Il exige une proscription complète des aliments ordinaires, soupes, ragoûts, fruits, etc., et ne doit consister qu'en galettes, raisins secs, figues sèches, amandes torréfiées. Il est assez généralement regardé comme un accompagnement indispensable de l'usage des remèdes dans les maladies invétérées. Quelquefois cependant on peut laisser prendre de temps en temps, deux fois la semaine par exemple, de la viande rôtie ou grillée. L'unique boisson pendant le traitement consiste dans l'usage de la tisane sudorifique, aux doses de deux à quatre litres dans les vingt-quatre heures.

Ces différents remèdes s'administrent de la manière suivante : le matin à jeun une pilule, aussitôt un verre de tisane, une heure après une dose d'opiat accompagnée d'un second verre de tisane. Le soir, même méthode. Le reste de la boisson sudorifique est pris pendant la journée, avant, pendant ou après le repas.

La durée du traitement est en général de 40 jours ; le ptyalisme survient assez souvent vers la fin. M. Payan dit avoir employé avec succès ce traitement pour combattre des accidents *tertiaires* et les syphilis invétérées. Il croit pouvoir établir en règle générale que toute personne qui supporterait la liqueur de Van-Swieten, pourrait être sans inconvénient soumise au traitement arabique.

(Extrait de l'*Encyclographie médicale*, tome IV, page 469.)

POILS AYANT POUSSÉ SUR LA LANGUE.

C'est un étudiant en médecine, dit le docteur Bear de Brünn, qui a présenté ce singulier phénomène. Après avoir éprouvé pendant quelque temps de la dyspepsie et une sensation de viscosité dans la bouche, il trouva qu'il lui était poussé sur la langue des poils d'une longueur considérable. Ils se détachèrent par l'effet des vomissements, mais ils repoussèrent de nouveau, et lorsque l'auteur de l'observation les examina, ils avaient 1 pouce de longueur. (*Oesterr. medic.*, *Wochenschrift*, 1843.)

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

1re ANNÉE. — 1er VOLUME. — N° 10. — MAI 1844.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DE LA CAUTÉRISATION

DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU.

De tout temps la thérapeutique des maladies de la peau semble avoir été le plus souvent l'écho plus ou moins lointain et la déduction plus ou moins rationnelle des différents systèmes qui ont prévalu en médecine. Parmi les nombreux moyens mis en usage pour guérir ces affections, il en est un qui est resté plus généralement en dehors de cet enchaînement d'idées. La cautérisation a presque toujours été une méthode empirique ; et à part quelques cas rares et bien déterminés, l'observation n'a jamais pu en démontrer l'efficacité, ni poser les indications justement limitées de son emploi. Dès la plus haute antiquité on se servait de caustiques pour traiter les maladies de la peau ; mais en même temps l'on peut voir que déjà ils avaient été appréciés à leur juste valeur. Pline, dans le livre XXVI de son *Histoire naturelle*, rapporte que la mentagre endémique, en Égypte, fut traitée à Rome par des empiriques venus de ce pays. « Ils n'employaient « que les caustiques pour combattre une « maladie rebelle qui reparaissait toujours « à moins qu'on ne brûlât la chair jus- « qu'aux os ; et un grand nombre de ceux « qui souffrirent l'application des remèdes « en conservèrent des cicatrices plus hi- « deuses que le mal lui-même. » (Sic.)

Tour à tour essayée et discréditée, il est à remarquer que la cautérisation fut presque toujours continuée par les empiriques et les charlatans de toutes les époques, qui, pour la plupart, prirent soin de garder le secret sur la nature des médicaments qu'ils mettaient en usage. Notons aussi que de sinistres insuccès durent, à certains intervalles, ralentir le zèle de ceux qui prodiguaient la cautérisation, et porter la timidité dans l'esprit des praticiens. Cependant au milieu de tous ces essais infructueux, rarement suivis avec méthode, il faut signaler la tendance des praticiens à rechercher, mais toujours en vain, le caustique indolent ; découverte qui devait mettre le patient à l'abri des dangereuses réactions fluxionnaires qui suivent plus ou moins immédiatement la cautérisation. D'une autre part, on sembla aussi se préoccuper du choix d'un caustique à efficacité exclusive dans le traitement des maladies de la peau. Cette préoccupation se révèle

manifestement dans une foule d'écrits publiés pour préconiser tour à tour les effets merveilleux d'un grand nombre de caustiques.

Cependant, au milieu des erreurs d'un empirisme mal dirigé, on put enregistrer quelques rares succès, et reconnaître qu'il n'était pas indifférent dans tous les cas d'avoir recours à tel ou tel caustique; qu'ils avaient une action propre et particulière, indépendante de leur action commune, celle de détruire plus ou moins profondément les parties avec lesquelles ils sont mis en rapport.

Quand on lit avec attention les faits relatifs à l'emploi de la cautérisation, on trouve aussi que plusieurs indications durent procéder de l'opinion qu'on se faisait de la nature des maladies cutanées. Lorsque en effet on les regardait comme des affections purement locales, la cautérisation devait avoir une grande valeur, soit pour enrayer leur marche herpétique, soit pour modifier sur place la nature d'une inflammation déjà ancienne; dans d'autres cas enfin, pour poser une digue efficace à des maux qui tendaient toujours à se répandre en détruisant.

Faut-il dire que le plus souvent ces traitements donnèrent par leurs résultats, presque toujours inutiles et souvent funestes, une confirmation de plus à cette vérité, que les maladies de la peau réclament une étude attentive et minutieuse de toute l'économie. En effet, les sympathies éveillées sont si nombreuses, les synergies maladives sont si variées, qu'un agent thérapeutique ne sera presque jamais modificateur de la peau qu'à la condition d'agir sur la muqueuse gastro-intestinale, de modérer ou d'activer la sécrétion de la bile, ou encore de provoquer celle de l'urine, etc. A part une exception peut-être, fournie par le lupus, c'est surtout dans les affections de la peau dites constitutionnelles, dans celles qui produisent un changement profond de toute l'économie, que les résultats de la cautérisation ont surabondamment démontré l'inutilité d'un traitement local et les dangers d'une méthode aussi vicieuse.

On comprend à la rigueur les raisons qui portèrent les praticiens à user des caustiques dans les maladies qui affectent toute l'économie, si l'on a oublié l'état général en ne traitant que l'état local; par la profondeur du mal, pour ainsi dire, on a été conduit à l'emploi du remède. Mais on est plus embarrassé pour s'expliquer le choix de ce traitement pour combattre des formes légères, superficielles, d'une durée très-éphémère, et exprimant une inflammation modérée et bornée de la peau. J'ai souvent vu des éruptions de ce genre s'étendre, sous l'influence des caustiques, d'une région très-circonscrite à de vastes surfaces avec des accidents généraux plus ou moins graves. Souvent encore j'ai constaté à la suite de la cautérisation des cicatrices plus ou moins difformes et indélébiles, et qui avaient exigé pour se constituer beaucoup plus de temps que la maladie n'en aurait mis à parcourir simplement ses périodes.

Il est encore une autre classe de maladies de la peau dans le traitement desquelles on a souvent recours à la cautérisation sans que rien ne légitime son emploi. Je veux parler des formes éruptives de la syphilis, et l'analogie me porte à penser que cette méthode ne serait pas plus heureuse si elle était appliquée aux éruptions de la morve et du farcin. Pour ne m'occuper ici que du traitement local, j'ai souvent vu des syphilides se propager s'ulcérer, devenir plus réfractaires à un traitement rationnel ultérieur parce que d'abord elles avaient été cautérisées.

Il est facile de comprendre que la cautérisation fut une méthode de traitement généralement applicable à des maladies qui, aux yeux de ceux qui l'employèrent, ne sont que des degrés plus ou moins avancés, des expressions différentes d'une même altération. L'état peu avancé des connaissances antérieures sur la structure de la peau pourrait à peine expliquer ces erreurs de la théorie et les fausses inductions auxquelles elle dut conduire la thérapeutique des maladies de la peau. Mais aujourd'hui que nous apprécions mieux l'importance relative des différents organes contenus dans l'enveloppe tégumentaire, qu'une observation attentive nous a initiés à la physiologie et à l'interprétation rationnelle des différents modes d'altération qu'ils peuvent subir; nous sommes plus à même d'apprécier à quels droits la cautérisation doit être ou conservée, ou proscrite, de juger plus nettement les cas qui en demandent l'application et les circonstances dans lesquelles elle doit avoir lieu. Elle figure, du reste, dans la thérapeutique des mala-

dies de la peau, à deux titres bien différents, comme moyen abortif et comme moyen de traitement curatif.

Comme moyen abortif, au début de la variole, la cautérisation, on le sait, n'a pas tenu toutes les promesses qu'on lui avait fait faire. Pour le zona commençant, maladie si douloureuse, elle a quelquefois calmé l'état nerveux qui l'accompagne le plus ordinairement avec tant d'exaltation; elle en a quelquefois diminué la durée, le plus souvent elle n'a rien arrêté, et même elle a de beaucoup augmenté l'acuité par l'intensité de l'éruption. Je suis loin, pour mon compte, de lui reconnaître dans ce cas assez de valeur pour y avoir jamais recours.

On a vanté encore la cautérisation comme moyen abortif contre l'érysipèle. Ici il y a une distinction à faire : employée pour faire avorter un érysipèle simple, fixé à un siége déterminé, c'est un moyen au moins inutile : employée au contraire pour arrêter la marche de certains érysipèles ambulants, qui, accompagnés d'un cortége de symptômes semi-aigus, gagnent de proche en proche, et presque toujours développés dans de mauvaises conditions, trahissent par leur persistance un état fâcheux de l'économie, et font craindre des accidents sérieux : employée, dis-je, dans ces circonstances, la cautérisation n'a pas toujours réussi, mais elle a quelquefois arrêté le développement de la maladie. En général, elle a besoin d'être assez profonde, d'intéresser toute l'épaisseur de la peau, et même, dans ce cas, j'ai vu le plus souvent l'érysipèle franchir la barrière, et se développer au delà des limites qu'on lui avait tracées artificiellement par le caustique. J'ai vu plusieurs fois Biett obtenir ainsi des succès remarquables ; le plus souvent il était obligé d'avoir recours au nitrate acide de mercure. Cependant, tout récemment, j'ai pu, dans mes salles, borner un érysipèle ambulant par la cautérisation faite, il est vrai avec beaucoup de soin, par le nitrate d'argent. C'était un jeune homme, chez lequel un érysipèle s'était développé autour d'un séton, qui lui avait été appliqué dans un autre hôpital pour une ophthalmie. L'érysipèle, après avoir présenté le phénomène remarquable d'un envahissement successif, et à plusieurs reprises, des deux côtés du visage, gagna le cuir chevelu pour s'étendre superficiellement sur la nuque, le dos, et en avant sur le cou et la poitrine, entretenant un état fébrile peu développé, et quelques accidents généraux, légers il est vrai, mais dont la persistance était de nature à donner des inquiétudes. Une cautérisation, en forme de ruban, pratiquée tout autour du corps, à l'aide du nitrate d'argent, et à quelques millimètres des points envahis, opposa à l'érysipèle une barrière qu'il ne franchit plus. Dès ce moment les accidents allèrent en diminuant, l'érysipèle disparut.

Ainsi, comme moyen abortif, applicable à la variole, à l'érysipèle, à toute éruption aiguë, à tout exanthème développé, la cautérisation est loin de pouvoir être érigée en méthode générale ; elle est au moins inutile; appliquée au zona, les résultats sont infidèles, variables ; dans quelques cas même, elle aggrave la maladie, elle en prolonge la durée. Appliquée pour arrêter les progrès envahissants d'un érysipèle, elle échoue souvent ; mais aussi dans quelques cas bien constatés, elle a été suivie de succès.

Comme moyen de traitement, dans les maladies aiguës et chroniques de la peau, la cautérisation a été surtout préconisée par Alibert, qui en faisait un grand usage, et l'autorité de son nom ne contribua pas peu à répandre l'abus d'une méthode dont le moindre inconvénient est dans la plupart des cas d'être inutile, et qui aujourd'hui encore est souvent appliquée d'une manière banale et très-inopportune au traitement de plusieurs éruptions.

On vit bientôt, en effet, beaucoup de praticiens appliquer indistinctement la cautérisation à toutes les maladies, même les plus légères. On comprend difficilement qu'on ait pu y recourir dans certaines formes d'herpès, même les plus simples. Cependant j'ai plusieurs fois été à même de constater les effets réellement fâcheux de ce traitement inopportun. J'ai vu entre autres une jeune fille qui portait au front une cicatrice indélébile disposée en anneau, résultat d'une cautérisation profonde avec laquelle on avait cru devoir attaquer une plaque d'herpès circinné, maladie légère, que quelques moyens simples et d'un emploi facile, devaient évidemment faire promptement disparaître. — J'ai vu dans beaucoup de cas analogues, ce moyen sinon laisser à sa suite de pareils inconvénients, agir au moins comme un excitant

et répandre en fort peu de temps, sur de vastes surfaces, une affection qui avait d'abord une étendue assez restreinte.

Il y a encore une autre forme de l'herpès, dans laquelle l'emploi de la cautérisation entraîne presque toujours des inconvénients fâcheux. Ainsi j'ai vu l'herpès præputialis pris pour un chancre cautérisé et, sous l'influence fâcheuse de ce moyen, aggravé dans sa marche et surtout dans sa durée. J'ai vu alors se former ces indurations chroniques si rebelles qui font de cette maladie une affection grave qu'il est souvent difficile de détruire par l'emploi des moyens ordinairement les plus efficaces. L'herpès phlycténoïde lui-même a été souvent cautérisé, soit qu'il ait été reconnu réellement, soit qu'il ait été confondu avec la pustule maligne. J'en ai rapporté un exemple bien curieux dans le numéro de mars dernier. Depuis on m'en a communiqué un autre. C'est encore un diagnostic du même genre qui porta à cautériser très-profondément, avec la potasse caustique, un herpès phlycténoïde développé sur l'avant-bras d'un palefrenier. Peu de temps après la cautérisation, il survint de l'oppression, de la douleur à l'épigastre, des vertiges, quelques vomissements et une fièvre assez grave, avec intermittence du pouls. Vers le soir, il y eut de la céphalalgie, une syncope de quelques minutes; la tête, les extrémités se couvrirent d'une sueur froide et visqueuse. Cet ensemble de symptômes pouvait jusqu'à un certain point faire croire que le diagnostic était bien fondé, et que l'on avait été en droit d'avoir recours à la potasse caustique. Cependant tous ces troubles cessèrent en même temps qu'il apparut un groupe de vésicules d'herpès sur les deux bras et sur le ventre; de plus, la marche ultérieure de la plaque cautérisée fit bien voir qu'il avait été seulement question d'un herpès reposant sur une base rouge très-enflammée, un peu gonflée, signes qui rendirent, par l'intensité de l'inflammation, la méprise possible.

Dans ces derniers cas, où une cautérisation a été plus que inutile, c'est évidemment parce qu'elle a eu au moins l'inconvénient de laisser des cicatrices et profondes et indélébiles; mais on le comprend très-bien, elle était le résultat d'une erreur de diagnostic; et c'est contre une pustule maligne, et non pas contre l'herpès qu'elle était dirigée. Une fois le point de départ admis, le traitement était rationnel. Il n'en est plus de même de la cautérisation dirigée contre l'herpès proprement dit; on ne la comprend pas mieux que celle à laquelle on ne craint pas d'avoir recours, dans le traitement de l'eczéma. Et ici, hâtons-nous de le dire, le résultat ou négatif ou fâcheux est en harmonie avec tout ce qu'il y a en théorie de contraire à ce mode de traitement. Dans quelques cas rares, il est vrai, l'expérience avait démontré à Biett que la surface de certains eczéma chroniques pouvait être avantageusement modifiée par une cautérisation très-superficielle pratiquée avec les barbes d'une plume trempées dans l'acide sulfurique très-affaibli. C'est moins, d'ailleurs, une cautérisation proprement dite, qu'un moyen d'exciter la surface, de modifier la vitalité des tissus malades. Mais il y a loin de là à la cautérisation employée comme moyen de traitement des variétés de l'eczéma, à ces formes qui apparaissent comme traduisant un état général quelconque.

Du reste, la surexcitation produite par les caustiques, se traduit manifestement par les *poussées* aiguës, par les exacerbations que subissent les formes vésiculeuses lorsqu'elles sont sous le coup de cette médication. Et encore, dans les cas limités où l'on croirait devoir recourir à la cautérisation pour modifier certains eczéma chroniques, faudrait-il, en même temps que les surfaces malades seraient touchées avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent, combattre la disposition particulière qui peut entretenir l'eczéma, modifier l'état général dont il n'est alors qu'un des effets? et, comme on le comprend bien, ce n'est point alors le caustique qui doit former la base du traitement, il ne peut en être que l'adjuvant.

Dans le numéro de décembre 1843, nous avons rapporté l'observation d'un psoriasis qui fut cautérisé avec le nitrate d'argent. Nous avons vu à quels graves accidents le malade fut exposé. Nous aurions encore à répéter ici les mêmes considérations qui nous faisaient rejeter la cautérisation appliquée à l'eczéma chronique et aux autres formes vésiculeuses. En outre, le psoriasis et la lèpre vulgaire, maladies pour le traitement desquelles on a le plus souvent abusé de ce moyen, occupent ordinaire-

ment des surfaces très-étendues, leurs plaques écailleuses recouvrent quelquefois tout le corps, et l'on conçoit bien de quels inconvénients doit être suivi un pareil traitement. Mais alors même que l'éruption serait limitée à de très-petites surfaces, quand momentanément il aura sur place détruit un plus ou moins grand nombre de plaques squammeuses, à la condition de les remplacer par des cicatrices indélébiles, le caustique aura-t-il touché en quoi que ce soit à cet état particulier de l'économie, qu'on pourrait appeler constitutionnel, et sous l'empire duquel s'est établi à la peau, tantôt un psoriasis, tantôt une lèpre vulgaire? Assurément non, la maladie n'aura pas été arrêtée dans sa marche; le plus souvent elle envahira des surfaces restées saines jusqu'alors, et même comme je l'ai vu, elle se développera tout autour des points cicatrisés. Bien plus, si l'on réfléchit à la possibilité d'accidents plus ou moins graves, si l'on se rappelle qu'après la cautérisation le tissu cellulaire sous-cutané peut s'enflammer et donner lieu à des abcès profonds (j'en ai rapporté un exemple remarquable), on se décidera difficilement à demander à la cautérisation des secours qui, jusqu'à présent, ont été pour les formes squammeuses au moins inutiles. Cependant, la cautérisation n'a pas toujours été sans inconvénients, voire même sans dangers. Ainsi donc, considérations tirées de l'étude de la constitution du sujet, siége anatomique de la maladie, étendue des surfaces qu'elle occupe, notions expérimentales surabondamment contenues dans des analogies, tout se réunit pour faire considérer la cautérisation comme un moyen à rejeter du traitement des affections squammeuses.

Ce n'est point ici le lieu de parler de ces faits accumulés dans la science sous le titre de rétrocession, de rétropulsion, de métastase. Nous avons encore moins à parler de ces affections classées à part sous le nom de maladies qu'il est dangereux de guérir; mais nous pouvons dire que la lecture attentive de ces faits n'ayant pas tous, il est vrai, la même portée et la même authenticité, nous fera comprendre la possibilité des dangers auxquels l'on peut exposer le malade quand on cautérise de vastes surfaces. Enfin, si l'on rappelle qu'une méthode, aussi vicieuse à tant de titres, ne peut avoir d'action, même locale, qu'à la condition de laisser comme conséquence des cicatrices plus ou moins difformes et plus ou moins étendues, on aura épuisé toutes les raisons qui doivent la faire condamner. Pour ma part, j'ai vu plusieurs fois le psoriasis et la lèpre occuper des surfaces qui avaient été cautérisées, et se montrer tout aussi rebelles à côté des cicatrices qu'en d'autres endroits.

De toutes les maladies de la peau, c'est l'acné peut-être, avec ses différentes formes, pour le traitement duquel on a le plus vanté et le plus souvent employé la cautérisation. C'était le traitement à peu près exclusif d'Alibert, c'est encore la manière de faire de quelques médecins aujourd'hui. La ténacité désespérante de ces affections, leur siége si souvent affligeant pour les femmes, l'ennui que suggère le préjugé qui fait quelquefois considérer les éruptions de la face comme des flétrissures, ont pu, dans certains cas, solliciter les malades à réclamer avec instance des moyens actifs, profonds, énergiques. D'un autre côté, l'opinion mal fondée que l'acné est de sa nature incurable, qu'il peut indéfiniment résister à toutes les médications, aux agents les plus puissants, ont pu aussi déterminer quelques praticiens à employer la cautérisation pour la combattre. L'on pourrait à la rigueur comprendre que le médecin et le malade aient pu proposer et accepter un tel parti, si la cautérisation, même avec ses inconvénients le plus souvent inévitables, je veux parler des cicatrices difformes, devait guérir plus promptement et plus souvent la maladie. Or, il faut bien le reconnaître, la cautérisation n'a pas cette efficacité; ce qu'il faut encore reconnaître, c'est que l'acné n'est point une maladie incurable. Quelquefois elle cède difficilement, il est vrai, mais on peut souvent en vaincre l'opiniâtreté quand on lui oppose avec persévérance des soins bien entendus et longtemps continués, quand on sait attendre avec discernement les résultats et modifier avec réserve le traitement approprié, si de nouvelles indications surgissent dans le cours de la maladie. Mais ici encore, l'inutilité de la cautérisation n'est que le moindre inconvénient. J'ai souvent vu les individus qui ont le visage parsemé de tannes, se faire naître, en les tourmentant, un *acne sebacea*, le plus ordinaire-

ment rebelle ; j'ai vu, sous l'influence d'applications irritantes, de certains cosmétiques par exemple, apparaître un *acne rosacea*. Si déjà de pareilles causes peuvent produire de tels effets, quelle excitation plus vive encore ne devra pas produire la cautérisation, à moins qu'elle ne soit de suite assez énergique et assez profonde pour détruire le follicule !... Quelle guérison ! Si on considère, en effet, que l'acné a pour siége anatomique les follicules sébacés, on comprendra bien que les caustiques ne pourraient vraiment avoir d'action sur cette maladie qu'à la condition d'une pénétration si profonde qu'elle ne saurait être faite sans de véritables inconvénients. J'en ai vu l'an dernier un exemple bien remarquable avec le professeur Marjolin. Une dame étrangère, jeune encore, est venue me consulter pour un *acne sebacea* qu'elle portait au nez ; cette affection avait lassé la patience de la malade et de son médecin, homme distingué d'ailleurs. Les surfaces malades, en désespoir de cause, furent cautérisées avec le sublimé corrosif, mais si profondément, qu'il en résulta des cicatrices bridées qui étaient entremêlées d'une foule de points isolés qui n'avaient point été atteints par le caustique, points noirs, gras, formés par les orifices béants des follicules qui n'avaient pas été détruits. La maladie ne fut en rien modifiée ; au contraire, elle s'étendit, de sorte que la présence des tannes au milieu des cicatrices que le traitement avait laissées donnait au visage de cette dame un aspect si désagréable qu'elle était venue à Paris, non plus pour guérir son *acne sebacea*, mais bien le résultat du traitement, pour remédier à ce que la cautérisation avait laissé si difforme. Quelle prise peut donc avoir, en effet, la cautérisation sur l'acné, cette maladie si fréquemment liée à un trouble fonctionnel plus ou moins grave de l'estomac, de l'utérus, et surtout de l'organe hépatique. Quelles que soient, en effet, la relation de cause à effet, la liaison sympathique qui existe entre l'acné et une lésion quelconque de cet organe, il y a beaucoup de cas dans lesquels il faut reconnaître que la maladie de la peau trouve la raison de sa persistance dans un trouble organique ou fonctionnel du foie. Est-il donc possible d'attendre quelque chose de la cautérisation ? Non assurément, et pour toutes les formes d'acné, c'est encore un moyen qu'il faut rejeter complétement.

On en peut dire autant de la cautérisation appliquée à la mentagre, quoique ici les conditions de persistance de l'éruption ne soient pas les mêmes ; mais c'est la même inutilité, et souvent la même aggravation locale. Comme nous l'avons dit, la cautérisation était déjà employée du temps de Pline pour combattre cette maladie, qui du reste a perdu toute la gravité qu'elle paraissait avoir alors à Rome. On peut déjà voir à quel prix s'achetait la guérison, et dans ce cas on pourrait justement se demander si elle n'était pas beaucoup plus désagréable que la maladie elle-même.

Plus grave, ordinairement plus étendue que l'acné, la mentagre a quelquefois autant de ténacité que cette maladie ; comme elle, on lui voit souvent opposer aux traitements les mieux dirigés une opiniâtreté désolante, et c'est encore dans ces considérations qu'il faut trouver la raison de l'emploi des caustiques. Mais nous ne verrons pas ici de meilleurs résultats. Il suffit en effet de réfléchir au siége anatomique de la maladie, aux causes qui lui ont donné naissance, pour comprendre que presque toujours la cautérisation appliquée à la mentagre est un moyen faillible, inutile, quelquefois dangereux, et laissant à sa suite des difformités irréparables. Presque toujours née sous l'influence d'une excitation plus ou moins vive, cette maladie, comme l'acné, trouverait dans l'emploi du caustique une cause de développement ; comme l'acné, elle resterait inébranlable par les caustiques, si un état constitutionnel quelconque pouvait expliquer la présence de la maladie. Quant à sa nature prétendue contagieuse, c'est une erreur qui peut-être a contribué à accréditer l'emploi des caustiques, mais qui, dans la description des anciens, semble s'adresser à une autre maladie, et dans les quelques faits modernes, s'appuie sur une observation superficielle et peu éclairée.

Dans le dernier numéro, j'ai rapporté un exemple de ce que l'on peut, l'on doit attendre de l'emploi des caustiques dans le traitement des éruptions pustuleuses aiguës de l'impetigo.

La lecture de ce fait suffirait pour convaincre que des affections de cette nature réclament surtout un traitement général ; et le siége qu'elles affectent dans la peau

restera toujours comme l'objection la plus forte à l'emploi des caustiques.

Comme nous le verrons bientôt, la tendance d'une éruption à détruire le tissu est sans contredit peut-être la meilleure indication pour l'emploi des caustiques. Cependant il y a une importante exception à faire, comme je l'ai dit plus haut, pour les éruptions développées sous l'influence spéciale de la syphilis; affections qui tendent souvent à détruire, qui ont souvent pour siége la face et principalement le nez, offrant quelquefois alors des dispositions de forme, de coloration et d'étendue qui peuvent les faire confondre avec des maladies d'une nature particulière toujours destructives, contre lesquelles il n'y a eu jusqu'ici que peu de prise, avec un traitement général, bien différentes en cela des éruptions vénériennes. Souvent aussi, elles ont été attaquées par la cautérisation, parce qu'elles avaient été exclusivement envisagées sous l'un de ces points de vue, et cependant en les attaquant par le caustique, surtout quand, par des ulcérations également spécifiques, elles ont une tendance d'invasion destructive, on ajoute à l'influence qui les avait fait naître un mode inflammatoire qui exaspère encore leur nature phagédénique. J'ai vu souvent dans mes salles des exemples et des inconvénients et de l'inutilité de la cautérisation dans les éruptions syphilitiques. J'ai vu plusieurs fois une éruption tuberculeuse occupant le nez, et dont le siége faisait croire à l'existence d'un lupus, combattue par les cautérisations répétées avec la pâte arsénicale du frère Côme, puis avec le nitrate acide de mercure; ces moyens, appliqués avec persévérance, n'avaient pu enrayer la maladie, qui faisait au contraire des progrès continuels. Un diagnostic plus précis faisait reconnaître la nature syphilitique de l'éruption, et celle-ci guérissait rapidement sous l'influence d'un traitement interne approprié.

J'ai déjà dit aussi qu'une longue pratique dans les hôpitaux avait pu me convaincre que les éruptions syphilitiques sont loin, malgré leur apparence effrayante, d'offrir la ténacité qu'on leur suppose. Attaquées par un traitement interne approprié, elles cèdent très-souvent avec promptitude; les ulcérations s'arrêtent et changent de nature, le travail de réparation peut parfois être suivi de l'œil, si je puis m'exprimer ainsi, et c'est encore dans ces faits observés en grand nombre que je puise la conviction de l'inutilité des caustiques.

Mais il est des cas dans lesquels il serait surtout déplorable d'ajouter aux destructions de la maladie celle que produit toujours le caustique. Je veux parler de ces formes éruptives syphilitiques, qui ont pour siége le nez, et dont la marche destructive est très-rapide. C'est dans cette occurrence qu'il importe de reconnaître de bonne heure la véritable nature de la maladie, pour s'opposer de bonne heure aux difformités cruelles et irréparables qui marquent son passage, et surtout s'abstenir des caustiques.

La cautérisation est donc au moins inutile dans le traitement des éruptions syphilitiques, quelles que soient leur forme, leur étendue, leur siége, et les différences d'aspect qu'elles présentent; les variétés se rattachent toutes à un lien commun qui décèle leur nature et indique la cause qui les a fait naître. C'est là surtout, dans la nature de l'éruption, dans sa spécificité, qu'il faut puiser les indications à remplir; c'est là aussi que se trouvent accumulées les raisons qui doivent s'opposer au traitement par les caustiques.

En résumé, il résulte de ce coup d'œil rapide sur les causes qui président au développement des maladies de la peau, que la cautérisation est le plus souvent inutile dans leur traitement. En effet, si une éruption est accidentelle, si elle procède d'une cause directe, cette cause venant à cesser, la maladie disparaîtra sous l'influence des moyens les plus simples. La maladie de la peau est-elle évidemment liée à un trouble intérieur plus ou moins étendu et éloigné; sa résistance et sa durée n'ont alors aucune connexité avec les différentes formes qu'elle peut affecter avec sa présence dans telle ou telle région, le siége qu'elle peut choisir dans la peau, encore moins avec des conditions particulières de tissus, pouvant être modifiées par les caustiques. Sa persistance s'explique alors par celle des souffrances internes dont elle n'est que le reflet. On peut bien comprendre, dès lors, que l'éruption ne pourra être avantageusement modifiée par aucun moyen local, et notamment par des applications caustiques; elle ne disparaîtra qu'à la condition que le trouble auquel elle était sympathiquement unie aura disparu. Nous avons déjà rapporté dans ce recueil plusieurs

exemples qui se rapportent à ces diverses circonstances. D'autres fois encore la maladie de la peau est pour ainsi dire constitutionnelle. Dans ces cas, quelle sera donc l'action des caustiques, quelle modification constitutionnelle pourront-ils produire dans des formes de psoriasis invétéré, de lèpre vulgaire, d'eczéma chronique? ici encore l'observation et le raisonnement se réunissent pour prouver l'inopportunité de la cautérisation. Enfin, si la maladie est due à une cause spécifique, comme cela arrive pour les syphilides, c'est encore en attaquant la maladie elle-même dans sa nature et non en s'adressant au symptôme local, qui n'en est que l'expression accidentelle, qu'on peut obtenir une guérison. Ici la cautérisation est encore inutile.

Ainsi, moyen presque toujours inutile, quelquefois dangereux, la cautérisation, envisagée en général, ne saurait être considérée comme méthode de traitement des maladies de la peau. L'ardeur avec laquelle on a pu préconiser l'emploi des caustiques et les résultats qu'ils ont donnés doivent rester comme des enseignements utiles à la pratique.

La cautérisation, en tant que méthode générale, ne peut être adoptée que par ces systèmes, qui, repoussant toute investigation nouvelle et sérieuse, avec quelques changements obligés *dans la lettre*, en sont encore *à l'esprit* de la doctrine des dartres.

Il y a cependant des cas exceptionnels dans lesquels, je l'ai dit déjà, la cautérisation peut être utile; et, de plus, il y a un ordre de maladies tout entier, le lupus avec toutes ses formes, qui réclame impérieusement l'emploi des caustiques. C'est une maladie à part, inconnue jusqu'à présent dans sa nature, à marche lente, qui tend à détruire, et contre laquelle, dans notre ignorance d'un traitement spécial, nous ne pouvons opposer que les caustiques avec tous leurs inconvénients.

Ainsi restreinte, la cautérisation est encore un sujet plein d'intérêt dans la thérapeutique des maladies de la peau, sous le rapport des règles auxquelles elle est soumise, du choix des caustiques, de leur valeur relative, de leur mode d'action, de leur mode d'emploi, etc.; c'est ce que je me propose d'examiner en détail dans l'article prochain.

DES ENGORGEMENTS SYPHILITIQUES DES TESTICULES (suite) (1).

Traitement de l'engorgement aigu, ou orchite blennorrhagique.

Si l'on en croyait les auteurs les plus estimés, rien ne serait plus facile que de prévenir le développement de l'orchite, et que de la guérir quand une fois elle est développée; on ne devrait même plus rencontrer cette maladie de nos jours, tant les procédés prophylactiques et curatifs sont donnés comme certains dans leurs effets. Voici par exemple comment s'exprime Swédiaur à propos de la prophylaxie, et il n'est pas le seul à se prononcer aussi formellement: « Pour prévenir cette maladie fâcheuse, il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui est capable d'augmenter l'irritation et l'inflammation de l'urètre (2), *et d'arrêter l'écoulement de la matière*..... Mais le moyen que j'ai trouvé le plus essentiel pour prévenir cette maladie, c'est d'éviter toute tension du cordon spermatique; ce qui s'exécute avec le plus grand succès, par l'usage non interrompu d'un suspensoir dès le commencement de toute blennorrhagie. En observant exactement ces deux règles, on peut si bien se garantir de cet accident, *qu'aucun de ceux de mes malades qui les ont ponctuellement* suivies, n'a jamais été attaqué de cette fâcheuse incommodité. » Doit-on admettre, pour justifier cette assertion d'un auteur que l'on a toujours considéré comme sérieux, que Swédiaur a été servi par le plus heureux des hasards? J'avoue qu'en ayant égard à sa nombreuse pratique, je ne m'y saurais résoudre, et que je crois me montrer suffisamment indulgent en attribuant l'erreur qu'elle exprime à un défaut d'exactitude dans les observations. Ce que je dis de Swédiaur, je pourrais le dire de Bell et de beaucoup d'autres plus récents; aussi m'attacherai-je exclusivement, pour tracer l'histoire thérapeutique de l'orchite, à puiser mes documents à des sources plus sûres: les mémoires de MM. Aubry et Marc d'Es-

(1) Voy. le n° de février 1844.

(2) Remarquez que Swédiaur professe que l'orchite n'a aucun rapport avec le plus ou moins d'irritation de l'urètre; et qu'il suppose que l'opposition au progrès de l'inflammation urétrale ne saurait offrir aucune difficulté.

pine sont presque les seuls qui nous offrent toutes les conditions désirables.

PROPHYLAXIE. — La prophylaxie devant être basée sur la connaissance des causes d'une maladie, et cette connaissance étant encore fort imparfaite en ce qui concerne l'orchite, on comprend qu'on ne puisse pas s'opposer d'une manière bien efficace à son développement; nous avons vu que le repos par exemple, qui semblerait la condition la plus favorable pour arriver à ce but, n'avait qu'une influence nulle, ou au moins extrêmement problématique, ainsi qu'il ressort de mes observations et de celles de M. Gaussail. Cependant si le repos horizontal ne suffit pas pour prévenir l'orchite, il sert au moins considérablement à en abréger la durée; aussi est-ce une condition qu'il ne faut jamais négliger de prescrire aux malades, qui malheureusement en comprennent rarement la portée, et n'en tiennent le plus souvent aucun compte.

Le suspensoir, auquel Swédiaur accorde de si magnifiques éloges, n'a pas été suffisamment bien apprécié pour qu'on puisse porter sur lui un jugement définitif; seulement l'espoir que l'on peut fonder sur lui étant au moins fort rationnel, et son emploi ne pouvant évidemment entraîner aucun inconvénient, on doit par cela même le conseiller dans tous les cas, d'autant plus que s'il ne s'oppose pas au développement de la maladie, il est très-certain qu'il diminue considérablement la douleur, surtout lorsque les malades sont obligés de se livrer à la marche ou à tout autre exercice corporel.

Ceux qui attribuaient l'orchite à la suppression de l'écoulement ont dû proscrire tous les médicaments qui avaient pour but d'obtenir cette suppression; mais nous avons vu que leur opinion n'était qu'une conjecture, qui ne se trouvait que médiocrement corroborée par l'observation que rapporte Swédiaur, et dans laquelle une orchite développée à la suite d'une semblable suppression, disparut avec le retour de l'écoulement. Mais il ne faut pas non plus espérer avec les partisans de l'opinion contraire d'empêcher l'orchite, en supprimant ou cherchant à supprimer l'écoulement au début; c'est là une espérance illusoire qui ne saurait être une raison d'adopter certaines médications, comme les injections, si d'ailleurs les reproches qu'on leur adresse étaient fondés sur des faits concluants. En un mot, le médecin doit dans l'état actuel de la science, traiter la blennorrhagie de la manière qu'il croira la plus convenable, sans se préoccuper de la manifestation possible d'une orchite.

L'influence du régime n'a pas été mieux étudiée que celle des conditions précédentes; mais, à s'en tenir aux résultats approximatifs de l'observation commune, elle paraît extrêmement faible, sinon complétement nulle; il faut donc, dans l'ordonnance du régime, se diriger plutôt dans le but de guérir la blennorrhagie que dans celui de prévenir le développement de l'orchite.

TRAITEMENT. — Plusieurs éléments pathologiques constituent l'orchite comme presque toute maladie; et pour bien apprécier l'utilité d'une médication, il est indispensable d'étudier séparément son action sur chacun de ces éléments, ainsi que l'a fait M. Marc d'Espinè dans l'excellent mémoire que nous avons déjà eu l'occasion de citer tant de fois.

1° *Évacuations sanguines générales.* — C'est surtout contre l'élément fébrile que l'on a dirigé la saignée générale; cependant quelques auteurs la conseillent et même la préconisent pour combattre l'état local, prenant en considération, pour en mesurer la dose, et l'intensité des phénomènes morbides, et l'état plus ou moins pléthorique des malades. J'avoue que ni l'un ni l'autre des motifs sur lesquels on fonde l'indication de la saignée générale ne me paraissent rationnels. Quant à la fièvre, elle est si peu intense, ou, quand elle offre une certaine intensité, elle est d'une durée si courte, que la saignée eût-elle le pouvoir de l'abréger un peu, c'est-à-dire d'un jour ou tout au plus de deux, je me demanderais encore s'il conviendrait de s'exposer pour un si mince avantage aux dangers de la phlébotomie, quelque rares qu'ils soient. Si l'on ajoute que le mince avantage que je viens de lui concéder est lui-même fort problématique, puisque dans les trois seuls cas où M. Marc d'Espine ait vu employer la saignée, elle n'a en rien amendé la maladie, on devra rejeter ce moyen d'une manière absolue, malgré l'assurance que nous donne Swediaur de sa toute-puissance. C'est d'ailleurs le parti que paraissent avoir pris tous les praticiens non systématiques; chez plus de cent malades observés par M. Aubry, aucun n'a été saigné; chez trente observés par M. Marc d'Espine trois

seulement l'ont été, et enfin dans tous ceux que j'ai vus, M. Vidal s'est abstenu de la saignée, bien que ce savant chirurgien n'en soit pas très-avare. Si l'orchite offrait quelque complication grave, on conçoit que la saignée pourrait être indiquée ; mais alors on ferait le traitement de la complication et non celui de l'orchite.

2° *Évacuations sanguines locales.* — On est beaucoup moins désillusionné sur les avantages des saignées locales que sur celui de la phlébotomie, et cependant on ne se trompe guère en les évaluant à peu de chose près au même taux. Si l'on met en effet pour un instant les opinions de côté pour ne voir que les faits rigoureusement observés, on trouve que sur quatorze cas observés par M. Marc d'Espine, et dans lesquels on a employé un nombre moyen de trente sangsues, la maladie a duré trente-quatre jours, terme moyen, c'est-à-dire au moins aussi longtemps qu'une orchite traitée simplement comme il sera dit plus tard. il est vrai que les orchites dans lesquelles on fait des applications de sangsues sont les plus intenses, mais rien ne prouve que l'intensité de la maladie influe sur sa durée ; il est vrai encore que les cas dans lesquels on a appliqué les sangsues dès le début ont duré moins que les autres, ce qui tend bien à démontrer leur action avantageuse ; mais nous aurons occasion de voir aussi que dans ces cas c'est le repos qui agit bien plus que les sangsues. Quelques auteurs ont dirigé les sangsues moins contre la tuméfaction, qui est le symptôme le plus persistant, que contre la douleur, qui est le plus incommode et celui qui résiste le moins aux évacuations sanguines locales. Ici la confiance que certains praticiens accordent aux sangsues est illimitée, et très-rarement, selon eux, la douleur persiste après une ou deux applications de sangsues; mais ici encore ces praticiens ont confondu l'influence du repos avec celle des sangsues; et ce qui prouve que ces dernières n'en ont qu'une extrêmement faible, c'est que lorsqu'on les applique tard, à une époque où le repos seul n'a que peu ou point d'influence sur la douleur, alors aussi elles cessent d'avoir des résultats avantageux. On a beaucoup discuté pour décider le lieu où l'on devait faire l'application des sangsues, quand une fois on était décidé à en faire usage ; les uns ont préféré le scrotum, les autres l'aine ou le périnée, où disent-ils les sangsues ont les mêmes avantages sans avoir les mêmes inconvénients. Pour ce qui est des mêmes avantages, cela est certain, attendu que, quel que soit le lieu d'application, ces avantages restent toujours très-problématiques ; quant aux inconvénients, on les a singulièrement exagérés : ils se bornent à une ecchymose plus ou moins considérable, ou à un léger œdème du scrotum, et la gangrène n'est jamais le résultat de l'application des sangsues; du moins n'ai-je pas eu l'occasion de l'observer, non plus que Cullerier, dans sa longue pratique.

Frictions mercurielles, iodhydrate de potasse, etc. — Cette médication est trop rarement employée aujourd'hui dans l'orchite aiguë pour qu'on trouve l'occasion d'en faire une appréciation motivée. Parmi les auteurs qui ont rapporté des faits au lieu d'opinions, il n'y a que M. Marc d'Espine qui en mentionne de relatifs aux onctions. Or voici ce qu'il en dit : « Quatre malades ont subi, outre les applications de sangsues, des onctions mercurielles sur le scrotum. Deux d'entre eux étaient affectés d'orchite double. Un de ces 4 malades n'a fait d'onctions que pendant 2 jours, l'autre pendant 4 ou 5 jours ; un autre pendant 5 jours également ; le dernier pendant 10 jours. Ce dernier est aussi le seul qui ait eu des accidents de salivation (tuméfaction des gencives, etc.). Ces symptômes mercuriels ont duré 25 jours, quoiqu'on ait cessé l'emploi de l'onguent dès leur apparition. L'un de ces sujets a seul commencé les onctions près du début ; un autre très-tard, seulement après le 23e jour ; les 2 autres tiennent le milieu entre ces deux extrêmes.

« La durée de l'affection a été, pour le 1er, de 35 jours, pour le dernier de 53 jours ; le second n'était pas encore guéri le 41e jour, le 3e ne l'était pas le 72e. Pour la durée de la douleur, nous n'avons de renseignements que sur un seul, chez lequel elle s'est dissipée le 29e jour. » — Sans se prononcer ensuite définitivement sur la valeur des onctions, M. Marc d'Espine fait remarquer que ces résultats ne leur sont guère favorables ; si l'on ajoute à ces résultats l'oubli dans lequel ces onctions sont tombées après avoir joui d'une grande réputation ; si l'on met encore en balance les graves inconvénients de la salivation à laquelle on n'a pas toujours le bonheur de soustraire les malades, on conclura je crois au rejet absolu

des onctions mercurielles dans l'orchite aiguë. — M. Gensail dit avoir constaté les bons résultats de l'iodhydrate de potasse dans un grand nombre d'engorgements vénériens *indolents*, et notamment dans l'orchite; mais de semblables assertions sans observations à l'appui, laissent nécessairement beaucoup d'incertitudes dans l'esprit, et ne peuvent nous empêcher d'envelopper l'iodhydrate de potasse et plusieurs autres résolutifs, tels que l'iodure de plomb, le cérat de Goulard, dans la proscription générale des onctions, avec la différence cependant que ces dernières sont au moins sans inconvénients. — L'application des emplâtres a les plus grandes analogies avec les onctions et leur est de beaucoup supérieure, quant à la facilité de son emploi; mais quant à son efficacité, elle est à peu près au même niveau, et l'on doit également s'en abstenir dans la période aiguë de l'orchite.

Ponctions. — Jusqu'à présent les ponctions n'ont guère été proposées que comme méthode générale, et leur usage s'est par cela même peu étendu, vu leur peu d'utilité quand on les emploie ainsi. Voici comment M. Aubry expose les résultats qu'il en a obtenus sur 80 malades pris indistinctement : « Chez 52 malades la ponction a été le seul moyen employé; chez 16 on y a joint des applications de sangsues; dans 4 cas la saignée a été associée à la ponction, et dans 8 la ponction et la compression ont été combinées.

« En réunissant ces 80 observations nous voyons que : 1° 4 *malades seulement furent guéris avant le 8e jour* de leur entrée à l'hôpital; leur épididymite datait de 8 jours lors de leur admission,

« 2° Chez 18 la guérison eut lieu du 8e au 16e jour; parmi ces 18 malades, 12 n'avaient pas leur épididymite depuis plus de 8 jours, lors de leur admission, et 6 présentaient plus d'ancienneté dans leur affection.

« 3° Chez 34 la guérison eut lieu du 16e au 20e jour.

« 4° Chez 21 autres la guérison n'a été complète qu'après le 20e jour.

« 5° Dans 3 cas la durée précise n'a pas été notée; mais elle a été de plus de 8 jours (1).

« Il résulte de ce tableau, que dans les épididymites simples, l'emploi des ponctions n'abrége pas sensiblement la durée de la maladie, et qu'on obtient le même effet par l'usage des cataplasmes et du repos, aidés de légers laxatifs; puisque les 7 malades traités par ces innocents moyens ont tous guéri du 13e au 20e jour, c'est-à-dire à la même époque que le plus grand nombre de ceux que l'on a ponctionnés. »

On ne doit donc pas, d'après ces résultats, ériger la ponction en méthode générale; mais faut-il y renoncer complétement? Je suis bien loin de partager cette opinion : il est d'abord évident pour tout le monde qu'on doit la mettre en usage toutes les fois qu'une quantité abondante de sérosité est accumulée dans la tunique vaginale; on a ainsi l'avantage immédiat de soulager presque toujours les douleurs du malade, et de soustraire l'organisme à la nécessité d'une résorption qui aurait demandé plusieurs jours, et quelquefois plusieurs semaines pour s'accomplir. — Mais il est une autre application de la ponction qui est fort importante. Bien qu'elle ait passé presque inaperçue jusqu'à ce jour, je veux parler de la ponction pratiquée dans le but spécial d'enlever la douleur violente que fait quelquefois éprouver l'orchite. Voici comment M. Vidal fut conduit à employer la ponction dans tous les cas dont il s'agit : Un jeune malade, affecté d'orchite, était depuis 3 jours à l'hôpital; déjà il avait eu 2 applications de sangsues; mais sa douleur, loin de disparaître, s'était exaspérée au point que, la nuit qui précéda le jour de la ponction, il avait gémi constamment, n'avait pas dormi une seconde, et avait eu une fièvre intense qui persistait encore; le testicule malade offrait une fluctuation obscure, et malgré le peu de sérosité qu'elle dénotait on peut croire néanmoins que là était l'origine de cette violente douleur. On pratiqua donc une ponction à l'aide d'une lancette; il sortit 4 ou 5 gouttes de sérosité; mais aussitôt on vit la substance propre du testicule faire hernie à travers

(1) En comparant ces résultats à la durée que nous avons assignée à l'orchite, on pourrait croire que les ponctions ont plus d'avantages que ne leur en accorde l'auteur; mais il faut faire attention qu'il ne tient pas compte exactement du temps que les malades ont passé dehors avant d'entrer à l'hôpital, ce qui fait que ces résultats ne sont comparables qu'à ceux que l'auteur tire des autres observations qui lui sont propres; or cette comparaison justifie pleinement ses conclusions.

l'ouverture; on fut un peu désappointé, bien que l'on connût l'innocuité de ces blessures; mais, au bout de 5 minutes, on eut lieu de se féliciter de cette légère méprise, car toute douleur avait cessé, la fièvre avait *complétement* disparu, et le malade demanda immédiatement à manger. Encouragé par ce succès inespéré, M. Vidal ne balança pas à remettre le procédé à l'épreuve dès que l'occasion s'en présenterait; elle ne se fit pas longtemps attendre, et je vais rapporter le résultat qu'on en obtint :

Le nommé Chat... Eugène, âgé de 20 ans, régleur, yeux bruns gris, cheveux blond-clair, peau blanche, taille très-petite, système musculaire très-peu développé, face colorée et embonpoint assez prononcé, entra à l'hôpital du Midi, salle 10, n° 3, le 30 octobre 1843.

Ce malade, d'une chétive structure, a été très-souvent malade jusqu'à l'âge de 13 ans; ses maladies ont exigé quelquefois un séjour de 3 mois au lit; il ne peut donner de détails sur elles; il se rappelle seulement que pendant leur durée il ne pouvait se tenir sur ses jambes, bien que son teint se conservât très-frais, comme il l'est actuellement; depuis l'âge de 13 ans il s'est toujours très-bien porté, malgré son apparence chétive et son peu de force physique. Il dit n'avoir jamais eu d'autre maladie vénérienne que celle dont il est actuellement affecté.

Il n'avait pas eu de rapports sexuels depuis fort longtemps, lorsque, vers la fin d'août, il exerça le coït trois fois en deux jours avec une ouvrière de sa profession. *Pendant 8 jours* il n'éprouva aucune sensation particulière; mais, après ce temps, une cuisson de médiocre intensité se fit sentir le long de l'urètre, surtout près du méat, et presque aussitôt un écoulement se manifesta; celui-ci fut assez abondant pendant 15 jours, puis il diminua peu à peu et devint plus blanc; il était réduit au tiers ou à la moitié tout au plus, lorsque, le 28 octobre, il commença à éprouver quelques douleurs dans le testicule gauche, qui devint en même temps gonflé; la douleur alla en augmentant jusqu'au soir; le malade dormit peu la nuit, ne mangea presque pas le lendemain, et ne dormit nullement la seconde nuit; le surlendemain, qui était le 30 octobre, il fut reçu à l'hôpital; son facies exprimait une vive souffrance; il ne marchait qu'avec les plus grandes difficultés; le testicule, quoique peu volumineux (il avait le volume d'un petit œuf de poule), paraissait tendu, la peau était à peine rouge, et la plus simple pression était insupportable. Aussitôt après son admission le malade fut conduit au bain, où il resta 5 quarts d'heure; on lui appliqua ensuite des cataplasmes émollients; mais ces moyens ne calmèrent nullement la douleur; il ne put manger de la journée; la nuit se passa en gémissements; le 31 au matin le même état persistait, la peau était chaude, le pouls fort et fréquent. M. Vidal, quoique bien convaincu qu'il n'y avait pas sensiblement de sérosité dans la tunique vaginale, pratiqua une ponction d'environ 6 lignes de profondeur à la partie antéro-inférieure du testicule, dont la substance fit aussitôt hernie à travers l'ouverture. 5 minutes après, le malade commença à se sentir soulagé, et une heure plus tard toute douleur avait disparu, ainsi que la fièvre et l'inappétence. A partir de ce jour la résolution marcha sans entraves; l'écoulement reparut un peu le 15 novembre et cessa complétement et sans retour après une dose de 20 grammes de cubèbe renouvelée pendant 8 jours. Le malade sortit parfaitement guéri.

Depuis que ce fait s'est présenté à mon observation, j'ai eu l'occasion d'en observer deux autres exactement semblables, et qu'à cause de leur parfaite similitude il serait inutile de rapporter ici. Il n'est donc pas douteux que la ponction appliquée dans les cas spéciaux dont je parle ici ne soit un moyen héroïque pour combattre la douleur; il s'agit maintenant de savoir si ces cas peuvent être reconnus d'avance, ce qui me paraît possible et même facile pour la grande majorité d'entre eux. La violence de la douleur pourrait presque suffire à elle seule pour cela; cependant il arrive quelquefois que, dans d'autres cas, la douleur est aussi violente ou à peu près; mais dans ces derniers le repos a toujours une influence promptement heureuse, tandis qu'on a vu tout le contraire pour ceux qui réclament la ponction. A quoi tient et la violence de la douleur et la grande efficacité de la ponction dans les cas dont il s'agit? est-ce à l'inflammation de la substance propre du testicule? est-ce à l'accumulation de sérosité dans la tunique? assurément ce n'est pas à cette dernière cause;

je suis d'avis que cette douleur doit être rapportée à l'étranglement du testicule par la tunique albuginée, car il n'y a guère que cette explication qui puisse rendre compte d'un succès aussi prompt; cette opinion est d'autant plus probable que, dans ces cas, le gonflement de la bourse malade n'est pas très-considérable, comme cela a lieu dans les cas ordinaires, dans lesquels la douleur et la tuméfaction sont le plus souvent en rapport direct. Ainsi le volume médiocre de la tumeur, la violence de la douleur, sa persistance ou même son augmentation malgré le repos, tels sont les signes à l'aide desquels on distinguera les cas qui réclament la ponction. Pour tranquilliser l'esprit de ceux qui craindraient encore l'issue de ces ponctions, j'ajouterai que dans les quatre cas où je l'ai vu employer, la plaie était cicatrisée dès le 3e jour.

Compression. — Ceux qui conseillent aujourd'hui cette méthode, mise en usage par Frike de Hambourg, recommandent de ne l'employer que dans les orchites peu inflammatoires, dans lesquelles la peau n'est point rouge; dans celles ou le cordon est sain, dans celles où le testicule l'est également (il ne l'est absolument parlant presque dans aucune), enfin quand la maladie a traversé la période aiguë, et qu'on a évacué la sérosité lorsqu'il en existait. Avec ces précautions on abrége la durée de l'orchite, selon certains praticiens, de moitié, des deux tiers, et même *des trois quarts.* Or, voici comment les observations de M. Aubry répondent à cette assertion: « Cette méthode (la compression avec les « précautions indiquées) a été employée « sur 11 malades comme seul moyen de « traitement; chez 8 la guérison a eu lieu « entre 6 et 13 jours; chez les 3 autres la « durée a été de 17 jours, 23 jours et 1 « mois. » Ce résultat ne diffère pas sensiblement de ceux obtenus par toutes les autres méthodes; or, elle a de plus que celles-ci des inconvénients assez graves; le premier c'est d'être quelquefois fort douloureuse, ce qui fait que les malades les plus dociles ne peuvent la supporter, et qu'ils l'enlèvent avant le retour du médecin; le second, c'est de causer quelquefois la gangrène du scrotum. Je sais bien que l'on a attribué cet accident à l'emploi intempestif de la méthode; mais je puis assurer l'avoir observé l'année dernière encore entre des mains parfaitement exercées, et dans un service où la méthode est mise assez fréquemment en usage. On doit concevoir par là ce qu'elle pourrait produire, étant employée par des hommes moins expérimentés; aussi, pour mon compte, ne balancerai-je jamais à la proscrire. Si, malgré cette appréciation que je crois exacte, on se décidait cependant à pratiquer la compression, je vais exposer la manière de l'appliquer, d'après les principes des médecins qui la mettent le plus souvent en usage: On prend des bandelettes d'emplâtre sparadrap de vigo, *cum mercurio*, d'environ 1 centimètre de largeur; on isole d'une main le testicule malade et on le refoule vers la partie inférieure du scrotum, de manière à ce que la peau ne fasse pas de plis et que le grand diamètre de l'organe soit vertical; on fait alors un tour circulaire immédiatement au-dessus du testicule, et l'on continue jusqu'à la partie inférieure, en ayant soin d'imbriquer les tours les uns dans les autres, comme on le pratique dans les bandages ordinaires; lorsqu'on arrive vers la partie inférieure, on est obligé de laisser une certaine étendue du testicule à nu, les bandelettes ne pouvant plus s'appliquer hermétiquement sur son extrémité globuleuse; on comprime cette extrémité à l'aide de bandelettes perpendiculaires aux premières, sur lesquelles elles s'appliquent en formant des anses paraboliques, dont la concavité renferme la partie inférieure du testicule; enfin, on fixe ces anses par de nouveaux tours circulaires, parallèles et superposés aux premiers.

Calmants, purgatifs, etc.—Divers moyens ont été employés dans un but spécial, soit de calmer les douleurs, soit d'empêcher les récidives en combattant les érections, en s'opposant à l'accumulation des matières fécales. Les opiacés, les solanées vireuses, le camphre, les purgatifs, ont été administrés de différentes manières; je crois que l'on doit s'abstenir de tous ces moyens, à l'exception des purgatifs légers, lorsqu'il y a de la constipation, et de l'opium lorsque les malades sont très-nerveux et qu'on ne trouve pas dans l'état local de quoi se rendre un compte suffisant de l'insomnie; car si cette dernière était le résultat d'une douleur violente, il est évident que c'est directement à elle qu'il faudrait s'adresser, et le meilleur narcotique serait le moyen de la guérir.

Topiques divers. — Les cataplasmes émol-

feuilles produisent une amélioration prompte dans l'état du scrotum, quand il est enflammé, et quelquefois dans la douleur; mais une fois que la période croissante des symptômes est passée, leur application cesse d'être avantageuse, et entraîne même quelques légers inconvénients qui ont été signalés avec beaucoup de justesse par M. M. d'Espine. Ils consistent en une rougeur violacée qui s'étend souvent au côté sain; en une éruption papuleuse et même quelquefois vésiculeuse qui détermine des démangeaisons fort incommodes; et enfin, en un œdème du tissu cellulaire sous-scrotal, qui ne se manifeste pas seulement à la suite de l'application de l'eau de Goulard, mais indifféremment à la suite de tous les topiques humides. Il faudra en conséquence cesser tous ces topiques après la période croissante, et s'en tenir alors au suspensoir seul ou doublé en dedans d'une couche de ouate, qui a l'avantage d'amortir les cahots et les secousses que peut éprouver le testicule. — Je ne fais pas rentrer dans la classe précédente des topiques l'emplâtre de Vigo, dont je parlerai à propos de l'orchite chronique.

Je ne ferai que mentionner les moyens à l'aide desquels plusieurs auteurs ont cherché à rappeler l'écoulement supprimé, espérant par ce retour faire disparaître l'orchite; outre que ces moyens, malgré les affirmations de Swédiaur, ne sont pas d'une efficacité incontestable, outre qu'il est encore très-douteux que le retour artificiel de l'écoulement pût guérir l'orchite, il resterait encore à décider si l'on doit préférer une blennorrhagie à une orchite, choix que pour ma part je ne serais pas disposé à faire. C'est en avoir dit assez sur une méthode qui est entrée depuis assez longtemps déjà dans le domaine de l'histoire.

Repos. — Nous avons vu à propos de la durée et des causes de l'orchite, l'immense différence qui existait entre les orchites qui se développaient pendant qu'un malade gardait le repos, et celles qui se développaient dans les circonstances opposées; nous devions déjà nous attendre, après cet important résultat, que le repos devrait également avoir une heureuse influence sur la marche de la maladie, même après qu'elle se serait développée. Cette influence a été mise hors de doute par M. Marc d'Espine, qui a démontré non-seulement que cette influence était favorable, mais encore qu'elle l'était d'autant plus qu'elle pouvait se faire sentir à une époque plus rapprochée du début de la maladie. M. Aubry a ensuite corroboré l'opinion de M. Marc d'Espine, par les observations suivantes: « Sept malades pris indistinctement furent traités durant le mois de mai par le repos au lit et les cataplasmes de farine de lin, moyens auxquels on ajouta de légers purgatifs quand les garde-robes étaient rares et difficiles. Chez ces sept malades l'épididymite était à l'état simple, c'est-à-dire qu'elle se présentait avec les caractères qu'on lui voit le plus communément; une *seule fois la maladie datait de plus de* 8 jours lors de l'entrée du malade à l'hôpital: eh bien! la guérison eut lieu chez tous, du treizième au vingtième jour, à dater du commencement du traitement, et cette guérison fut tout aussi franche que dans les cas où des moyens plus actifs furent mis en usage; l'épididyme ne resta pas plus volumineux, la sérosité disparut ainsi complétement que chez les autres malades qui furent soumis, soit aux ponctions, soit à la compression, soit aux antiphlogistiques. » Cet effet du repos est quelquefois d'une promptitude bien propre à induire en erreur sur la valeur des moyens actifs que l'on emploie presque toujours dans les cas graves. Parmi les faits que j'ai observés, se trouve l'histoire d'un malade que M. Vidal reçut à la consultation, souffrant d'une orchite au point qu'il jetait des cris; je fus chargé d'aller lui faire appliquer des sangsues après la consultation; et comme celle-ci se prolongea plus d'une heure, je le trouvai tellement soulagé, que je me dispensai de remplir la prescription; le lendemain matin toute douleur avait disparu, et il avait dormi une partie de la nuit. Quelle magnifique observation en faveur des sangsues, si on les avait appliquées sur-le-champ!

Régime. — La plupart des médecins ne manquent pas, à propos de l'orchite comme pour une foule de maladies aussi légères, de prescrire une diète sévère aux malades qui en sont affectés; ce qu'ils espèrent en troublant ainsi l'ordre régulier des fonctions digestives, c'est ce que l'on expliquerait difficilement: heureusement la nature est plus forte dans ces cas que le médecin; les malades ne suivent de la prescription que ce qui leur convient, et ils ne s'en trouvent pas plus mal. Je m'étonne que ces

exemples multipliés d'infractions aux prescriptions sévères n'aient pas guéri tous les esprits sages de cette vieille routine exténuante dont les malades ne tiennent le plus souvent aucun compte, et qui ne sert qu'à ridiculiser le médecin, sinon la médecine. — On mesurera la régime sur l'appétit du malade, et l'on conseillera d'éviter tous les excès : tel est le moyen le plus sûr d'être utile, obéi et considéré. — Relativement aux fonctions génitales, on doit garder l'abstinence jusqu'à la résolution complète, à moins que la maladie ne passe à l'état chronique, auquel cas il y a quelques exceptions à faire, comme je le dirai plus tard.

(*La suite prochainement.*)

H. DE CASTELNAU.

OBSERVATIONS.

ACNÉ SEBACEA *du nez et des régions malaires, dont le développement remonte à 4 ans. — Traitement par les tisanes de salsepareille, de Gayac et Daphné; les lotions ammoniacales, les frictions de pommade d'iodure d'ammonium; les bains et les douches de vapeur aqueuse. — Amélioration notable.*

Hôpital Saint-Louis.

Le 25 février 1844, est entrée dans mon service, salle Napoléon, n° 34, une femme nommée V..... Marie, âgée de 36 ans, née à Saint-Omer (Pas-de-Calais), demeurant à Montargis (Loiret), veuve depuis 2 ans, affectée d'un acné sebacea du nez et des régions malaires.

Petite de taille, d'une assez forte constitution, ayant le système osseux très-développé, les yeux bruns, les cheveux châtain foncé, la peau brune et rugueuse; cette malade a une intelligence assez développée.

Ses aïeux, morts à un âge très-avancé, n'ont jamais eu de maladies de la peau. Son père mourut d'une pleurésie lorsqu'elle n'avait que 3 ans; il n'avait eu aussi aucune affection de la peau. Sa mère vit encore et n'a jamais été gravement malade. Son frère et sa sœur sont faibles de poitrine.

V.... n'eut pendant sa première enfance aucune éruption du cuir chevelu ou de la face; elle dit avoir été très-gravement malade à l'âge de 7 ans. (Convulsions, fièvre grave.) A 11 ans, éruption de nature impétigineuse sur la lèvre supérieure. Traitée par une tisane amère, le vin antiscorbutique et l'application d'un vésicatoire au bras, la malade fut guérie en six semaines. A l'âge de 24 ans, la même éruption, affectant le même siége et suivant la même marche, fut combattue par des onctions de pommade de calomel, et céda promptement. Pendant sa durée, il se développa, à l'endroit où l'on avait autrefois appliqué le vésicatoire, un petit herpès qui disparut sans avoir été traité. La première menstruation eut lieu à 13 ans et demi. Cette fonction n'a jamais été jusqu'alors notablement dérangée. Elle a eu six couches heureuses, et tous ses enfans se portent bien.

Depuis l'âge de 15 ans elle est fréquemment atteinte de coryza; constamment elle a les pieds froids, elle est souvent constipée, digère bien et a bon appétit. Depuis ce moment aussi, elle a eu souvent des maux de tête, des bourdonnements d'oreilles, avec injection très-prononcée de la face.

Depuis 5 ans la malade, qui avait toujours eu un genre de vie régulier et une nourriture suffisante, a été tourmentée de violents chagrins; elle a subi de rudes privations; son alimentation se composa le plus souvent de viandes salées et de légumes secs.

Il y a 4 ans, il se manifesta sur le côté droit de la face en dedans de la région malaire, et au niveau de la ligne naso-labiale, une rougeur très-circonscrite, qui gagna, en s'arrondissant, les parties voisines. Dès le début cette rougeur se recouvrit d'un enduit mince, d'un gris sale adhérent fortement à la peau. La maladie s'étendit insensiblement, et n'eut point alors d'autre siége que la joue droite; après avoir graduellement perdu de son intensité, elle avait complétement disparu en août 1842. La malade crut alors pouvoir se mettre à l'abri d'une récidive en se faisant appliquer un cautère au bras gauche. Quelques mois après la rougeur reparut encore au même endroit; elle fit des progrès si lents, que l'on n'en suivait pas facilement la marche. Cependant, de la joue droite, elle avait, au bout de 3 mois, gagné le nez; de là elle s'était montrée sur la joue gauche; partout où elle s'était étalée, la rougeur n'avait pas tardé à se recouvrir de l'enduit que nous avons signalé plus haut. Dans le mois de mars 1843, la malade fut atteinte d'un érysipèle de la face; cette nouvelle éruption n'eut au-

cune influence remarquable sur l'éruption ancienne.

Tourmentée de la persistance de sa maladie, et craignant de lui voir faire de nouveaux progrès, V..... se décida à entrer dans mon service. Le 26 février, jour de ma première visite, je remarquai sur le milieu de la pommette droite, une rougeur peu vive, arrondie, légèrement saillante au-dessus du niveau de la peau, ayant à peu près le développement d'une pièce d'un franc; sur le milieu du nez, à la limite des os propres, même rougeur irrégulièrement disposée; enfin, du nez à la pommette gauche, régnait encore la même élevure érythémateuse, affectant la forme d'un petit ruban, décrivant deux ou trois inflexions légères. Il n'y avait alors aucun enduit; l'ancienneté de la maladie, son siége, sa disposition, nous la firent d'abord prendre pour une de ces formes éruptives très-graves que Biett désignait sous le nom d'érythème centrifuge. Du reste, à part quelques maux de tête passagers, une constipation habituelle et un froid de pieds permanent, la maladie de V..... nous parut libre de toute complication intérieure. (Tisane de salsepareille, 3 portions d'aliments.)

Le 28 février, la malade voulant empêcher de tomber quelqu'un qui marchait à côté d'elle, fit une chute dans laquelle la région malaire droite porta sur un arbre. La contusion fut assez violente; elle fut aussitôt accompagnée d'ecchymose; un gonflement assez considérable se répandit autour des paupières, qui devinrent le siége d'une douleur tensive. En même temps, pesanteur de tête, bourdonnements d'oreille, peau chaude et sèche, légère accélération du pouls; l'appétit est peu développé. (12 sangsues derrière les oreilles, bains de pieds, application de compresses froides sur la joue, — limonade, — 2 potages.)

Le 1er mars, éruption des règles 18 jours avant l'époque habituelle. Dès ce moment aussi, il commence à se manifester des démangeaisons assez vives autour de la rougeur du nez et de la joue gauche. Il n'y a plus de maux de tête; les autres accidents ont aussi disparu. La malade continue l'application de compresses froides. (Salsepareille, 3 portions d'aliments.)

A compter du 4, l'éruption commence à se couvrir d'une petite exsudation d'humeur sébacée jaunâtre qui, en se desséchant, donne lieu à des croûtes minces, légèrement mamelonnées à la surface d'un gris sale et fortement adhérentes à la peau.

Le 8, on remarque sur la joue gauche une série de petites ouvertures disposées en cercle de la grandeur d'une pièce de 50 centimes; par chaque ouverture très-petite, on voit poindre un liquide onctueux, dont une partie déjà desséchée a donné lieu à la formation de petites croûtes jaunâtres. Tous ces caractères, et un examen plus attentif de la maladie, ne peuvent plus me laisser de doute sur sa nature.

C'est encore une forme décrite pour la première fois par Biett, et qu'il a désignée sous le nom d'acné sebacea. Les démangeaisons autour de l'éruption deviennent plus vives (tisane de gayac et de daphné mézéréum, tous les deux jours douches de vapeur, 3 portions d'aliments). Trois semaines après, l'éruption n'avait pas été notablement modifiée, il restait à peine quelques traces de la contusion; et à l'endroit même où elle avait eu lieu il y avait déjà un enduit sébacé; l'élevure papuleuse rougeâtre était là beaucoup plus manifeste qu'ailleurs. Je prescrivis alors la tisane de salsepareille, des lotions ammoniacales répétées plusieurs fois par jour sur toutes les surfaces malades, tous les deux jours un bain de vapeur.

Dans les premiers jours d'avril, il y eut encore quelques signes de congestion cérébrale légère; cependant le traitement put être continué, et son efficacité me parut bientôt évidente. En effet, sur la joue gauche, la rougeur perdait chaque jour de son étendue, la saillie papuleuse était moins sensible, l'exsudation d'humeur sébacée moins abondante et les croûtes plus rares. Au nez, la rougeur perdait l'intensité de sa coloration, la saillie était aussi moins considérable, mais toujours la formation de l'enduit était prompte à se reproduire; la joue droite montrait manifestement une résistance plus grande à l'action du traitement.

Le 14 avril, je fis suspendre l'usage des lotions ammoniacales, je prescrivis la pommade suivante :

℞ iodure d'ammonium. . .	1 gramme.
axonge.	30 grammes.

La malade en prenait trois fois par jour la grosseur d'une fève de marais pour faire des frictions légères sur toutes les surfaces occupées par l'éruption. La tisane de salsepareille et les bains de vapeur furent continués. Après quinze jours de ce traitement je crus reconnaître, à la marche stationnaire de la maladie, que les frictions d'iodure d'ammonium, avaient encore moins de prise sur elle que les lotions précédemment employées; j'y revins donc et je fis alterner les bains de vapeur avec les douches. Cette fois, l'amélioration fut prompte; elle commença à se manifester sur la joue gauche, où il n'y avait plus de saillie papuleuse, mais où il restait toujours une teinte jaunâtre de la peau, et quelques petites concrétions sébacées, très-fines et très-disséminées. Ces dernières traces de l'éruption disparurent bientôt; la rougeur, la saillie et l'enduit du nez avaient moins de développement; sur la joue droite

les surfaces se circonscrivaient lentement.

Le 11 mai, la malade, constipée depuis quelques jours, eut des coliques, des maux de tête, des vertiges et des bourdonnements d'oreille, un peu de fièvre; il se manifesta aussi autour du cautère une petite éruption d'herpès. Je suspendis tout traitement pour l'acné, je diminuai la quantité des aliments, je prescrivis la limonade et des pédiluves.

Le 17, j'allais recommencer un nouveau traitement, lorsque la malade demanda sa sortie pour affaires de famille. Alors la pommette gauche est tout à fait libre, à peine y voit-on quelques petites granulations jaunâtres, très-disséminées, et reposant sur une peau lisse, saine et normalement injectée. Le nez porte encore une coloration d'un rouge cuivré peu intense, il n'y a plus d'élevure papuleuse. Sur le centre de la pommette droite, il y a toujours une légère saillie qui n'a rien perdu de l'intensité de sa coloration rouge, elle est encore surmontée de croûtes qui demandent beaucoup de temps à tomber. Dans les intervalles que laissent ces croûtes peu épaisses et plates, il y a des concrétions sébacées, mais en moins grande quantité qu'autrefois; cependant la surface malade de ce côté est au moins deux fois moins étendue qu'au moment de l'entrée de la malade. Sur la peau du front, il y a quelques petites pustules très-fines et très-disséminées d'acné simplex. Souvent constipée, comme elle a l'habitude de l'être depuis l'âge de 15 ans, la malade éprouve moins souvent des maux de tête, elle n'a plus le froid aux pieds dont elle se plaignait depuis longtemps, sa peau moins sèche, se recouvre assez souvent d'une légère moiteur. En somme, la santé générale est meilleure, l'embonpoint est plus prononcé, et l'état de l'éruption a subi aussi une amélioration vraiment remarquable, si l'on considère la ténacité opiniâtre qu'opposent souvent à toute sorte de traitements les différentes formes éruptives de l'acné sebacea.

ECZÉMA CHRONIQUE DES LÈVRES, *reparaissant à l'état aigu, et donnant lieu au développement de la maladie sur la face, le cou, les bras et le centre de flexion des principales articulations. — Limonade sulfurique. — Bains alcalins. — Guérison.*

Hôpital Saint-Louis.

Le 18 avril 1844, est entrée dans mon service, salle Napoléon, n° 7, la nommée N..... Louise, âgée de 17 ans, née à Bolbec (Seine-Inférieure), passementière, affectée d'un eczéma de la face, du cou, des bras et du centre de flexion des principales articulations.

D'une taille moyenne, d'une constitution délicate, d'un caractère vif et emporté, d'une intelligence assez développée, Louise est lymphatique, elle a la peau fine et d'une teinte légèrement verdâtre; les cheveux sont châtain foncé, les yeux gris, les dents sont creusées de plusieurs sillons horizontaux, leur collet est surmonté de gencives fongueuses et saignantes, l'haleine est ordinairement fétide. Les seins sont peu développés, et la malade n'est point encore réglée. Elle perdit son père il y a 11 ans. Il n'avait jamais eu d'autre maladie qu'une hémorrhagie cérébrale, des suites de laquelle il mourut; sa mère, quoique d'une constitution extrêmement délicate, et d'un tempérament nerveux, n'a jamais été malade. Ses quatre sœurs, plus âgées qu'elle, sont délicates, souvent indisposées, mais n'ont jamais eu de maladies de la peau.

Dans son extrême enfance, elle eut une éruption du cuir chevelu, qui dura jusqu'à l'âge de 3 ans, époque à laquelle elle commença seulement à marcher. Depuis lors, elle a toujours eu les yeux rouges et les paupières légèrement gonflées à leur bord libre. A 5 ans, elle eut une première bronchite, et jusqu'à présent elle n'a point passé d'hiver sans avoir été atteinte une fois ou deux de cette maladie. A 14 ans, elle perdit l'appétit, eut constamment un mauvais goût dans la bouche, fut tourmentée de fleurs blanches; la respiration était quelquefois difficile, et des céphalalgies très-intenses se manifestaient à des intervalles éloignés. Alors pour la première fois, il se fit autour des lèvres une éruption d'eczéma qui disparut et reparut à certains intervalles irréguliers. A 15 ans, Louise N....., non vaccinée, est atteinte d'une variole grave qui dure six semaines. La suppuration fut longue et abondante, il se forma des abcès aux épaules, aux jambes et aux cuisses. L'œil droit, au milieu du champ de la pupille, fut atteint d'une opacité opaline de la cornée ayant à peu près l'étendue d'une petite lentille. 8 mois après, rougeole qui dure 17 jours. Depuis longtemps déjà, la malade avait souvent de la diarrhée, des douleurs d'estomac; son régime alimentaire était peu substantiel et le plus souvent composé de légumes, de laitage. Elle travaillait dans un atelier où l'air était insuffisant pour de nombreux ouvriers, le soir elle rentrait dans une petite chambre habitée par sa mère et ses 4 sœurs; outre ces conditions hygiéniques défavorables, la négligence des soins de propreté entretenait une atonie manifeste de la peau qui presque toujours était froide, sèche, et qui ne se recouvrait jamais de sueur, alors même que la malade faisait de longues courses, ou se livrait à des exercices fatigans.

Vers le milieu de février dernier, Louise était affectée depuis 4 mois d'une dernière éruption d'eczéma. Elle portait autour des lèvres des plis rayonnés peu profonds, il y

avait du gonflement, un peu de rougeur et quelques squammes lamelleuses d'un blanc jaunâtre; du reste, pas de prurit, pas de douleur. Toutes les fonctions languissaient, mais aucune d'elles n'était troublée d'une manière grave. Alors il se développa de nouveau des vésicules sur les lèvres; de là elles gagnèrent toute la face, dépassèrent un peu les limites du cuir chevelu, en même temps qu'elles se montraient au cou, aux aisselles, à la région des saignées, aux mains, aux aines, dans les creux poplités et aux jambes. La soif était vive, la démangeaison si ardente que la malade se grattait jusqu'au sang. L'écoulement de quelques gouttes de ce liquide lui procurait une sorte de détente nerveuse, un calme qui rendaient le sommeil plus facile. Tous les soirs vers la huitième heure, elle nota pendant un mois à peu près un paroxysme très prononcé de la douleur prurigineuse. Le suintement des surfaces malades fut assez abondant, dans tous ces points il se forma des squammes minces d'un blanc jaunâtre. Dans des points très-limités il y eut des écailles très-petites, minces, blanchâtres, un peu semblables à celles du pityriasis, débris de vésicules qui avaient séché sur place. Dans les sourcils et dans la zone étroite du cuir chevelu envahie par l'éruption, il se forma de petites croûtes jaunâtres. Cependant à de rares intervalles, la malade avait éprouvé de la diarrhée, elle avait pris quelques bains simples, et bu de la tisane de bardane et de chiendent.

Le 18 avril, la malade se décida à entrer dans mon service. Toutes les surfaces que nous avons signalées plus haut étaient pour la plupart suintantes, la formation des squammes semblait marcher de la circonférence au centre, le prurit était toujours d'une intensité opiniâtre, le sommeil était troublé, souvent la malade se réveillait et avait confusément conscience que déjà plusieurs minutes avant son réveil elle était occupée à se gratter. (Limonade sulfurique, bain alcalin, 5 portions d'aliments.)

Après le premier bain, le prurit fut subitement calmé, il n'apparut dans la journée du 19 qu'à de rares intervalles, et ne sollicita même pas la malade à se gratter. La nuit du 19 au 20 fut exempte de toute démangeaison; la malade dormit 8 heures sans interruption. Dès ce moment le suintement alla graduellement en diminuant, les squammes formées tombèrent assez rapidement, les lèvres, la supérieure surtout, perdirent de leur épaisseur, et la plupart des plis s'effacèrent ou devinrent moins profonds. Le 8 mai, la peau avait repris insensiblement ses fonctions, et son aspect normal, le prurit ne se manifestait plus qu'à de rares intervalles, une fois ou deux par jour, pendant quelques minutes. Il restait comme dernière trace de l'éruption éteinte une coloration brunâtre autour des lèvres, où quelques plis rayonnés persistaient encore; sur les bras et les avant-bras il y avait çà et là quelques marbrures brunâtres très-peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, et recouvertes de petites squammes très-minces, d'un blanc légèrement chatoyant; dans les sourcils et autour du cuir chevelu, quelques petites croûtes n'ayant plus de rapports avec la peau, et persistant seulement par la négligence de la malade. L'état général est sensiblement amélioré, l'appétit est plus prononcé; cependant Louise éprouve encore quelques maux de tête, elle continue d'avoir des fleurs blanches en assez grande abondance, toujours ses yeux sont rouges et larmoyants, mais comme du reste le retour de l'éruption ne nous paraît pas probable, nous nous décidons à laisser aller cette malade, la considérant actuellement comme guérie de son eczéma.

HERPÈS CIRCINNÉ *de la poitrine, du dos et du cou, survenu après une courbature et des veilles prolongées. — Boissons émollientes, bains simples. — Guérison.*

Hôpital Saint-Louis.

Le 20 avril 1844, est entrée dans mon service, salle Napoléon n° 4, la nommée C... Madeleine, âgée de 15 ans, née à Morfontaine (Moselle), régleuse de papiers, affectée d'un herpès circinné de la poitrine, du dos et du cou.

Petite de taille, d'une constitution faible, d'un embonpoint médiocre, Madeleine a les cheveux blonds, les yeux bleus, la peau fine et recouverte d'éphélides solaires. Elle n'est point encore réglée.

Ses parents sont sains et n'ont jamais eu de maladies de la peau.

D'une intelligence très-développée, la malade donne sur ses antécédents des détails très-circonstanciés. Elle a souvent entendu dire que dans son extrême enfance elle eut les ganglions sous-maxillaires engorgés. Jusqu'à l'âge de 9 ans et demi elle éprouva de ce côté des engorgements plus ou moins persistants. A 4 ans, maladie du cuir chevelu avec formation d'une grande quantité de croûtes jaunâtres, suintement abondant d'un liquide fétide qui tachait le linge en jaune verdâtre, en même temps écoulement de pus par le conduit auditif externe et dureté extrême de l'ouïe. A 5 ans, ophthalmie, accompagnée d'une éruption vésiculeuse sur les paupières, leur bord libre reste longtemps le siége exclusif de l'éruption, les cils tombent; photophobie intense, larmoiement considérable, prurit au cuir chevelu, aux oreilles et aux paupières. Traitée avec assiduité, l'ophthalmie disparaît à 5 ans et demi. A 6 ans, l'éruption du cuir chevelu commence à perdre de son intensité;

elle cède enfin à des soins de propreté dispensés avec zèle. Pendant toute la durée de l'éruption, la malade n'avait jamais eu de désordres du côté des voies digestives, elle n'avait jamais eu de maux de tête, l'appétit avait toujours été conservé, le régime alimentaire avait été convenablement suivi. A 8 ans, nouvelle poussée aiguë de l'éruption du cuir chevelu; guérison à 8 ans et demi, ménagée par des soins de propreté et le régime alimentaire. Jusqu'à l'âge de 14 ans, Madeleine fut toujours bien portante, elle n'eut pas d'occupations étrangères à celles qu'elle trouva dans l'école de son village. Elle vint alors à Paris pour apprendre son état, elle habita une rue étroite et humide où le soleil pénètre rarement. En hiver, elle travailla depuis huit heures du matin jusqu'à une heure après minuit; en été, depuis six du matin jusqu'à huit du soir. Son régime alimentaire fut presque entièrement composé de légumes. Bientôt elle perdit son embonpoint et la fraîcheur de son teint; son appétit fut moins prononcé, elle éprouva quelquefois des pesanteurs d'estomac et des douleurs de tête.

Le 3 avril, à la suite de fatigues prolongées et après avoir passé quatre nuits consécutives au travail, Madeleine fut prise d'une céphalalgie intense, de lassitude dans les membres et de douleurs dans les articulations. En même temps, perte d'appétit, nausées, soif vive, peau chaude et rouge sans sueurs et sans frissons. Cet appareil de symptômes dura deux jours. Le troisième jour la peau était le siége de vives démangeaisons, et la malade vit au niveau de la fourchette sternale une plaque rouge de la grandeur d'une pièce de 5 francs, bordée par une série de petites vésicules disposées en chapelet. Elle nota aussi la présence d'autres plaques ayant à peu près le même volume, et reposant sur le milieu de la poitrine, au niveau de la partie moyenne des seins, sur le côté gauche du cou, en arrière du ventre antérieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, sur la partie moyenne du bord vertébral de l'omoplate gauche. Partout l'éruption vésiculeuse affectait une forme circulaire; elle reposait sur une base rouge, douloureuse, un prurit intense s'y faisait sentir avec des exacerbations plus fréquentes la nuit que le jour, et n'offrant pas de type particulier dans leur retour. La douleur et le prurit augmentaient par la chaleur du lit et par celle du foyer, ils semblaient se calmer par l'ingestion d'une grande quantité de boissons. Vers le sixième jour de l'éruption, Madeleine commença à retrouver son sommeil, elle prit une nourriture légère; cependant la rougeur n'avait pas complétement disparu; sur les confins des plaques circulaires, il se développait toujours une série de petites vésicules dont la formation entretenait une douleur vive et cuisante. Les vésicules primitivement développées, libres alors de la sérosité qu'elles avaient contenue, laissaient en dedans du nouveau cercle vésiculeux de petites squammes minces et blanchâtres; la desquammation était lente et se faisait irrégulièrement sur les différents points des anneaux herpétiques.

Jusqu'au 20 il se fit encore plusieurs poussées successives; la malade fut toujours tourmentée par un prurit, souvent porté jusqu'à la douleur; elle ne retrouva point son appétit, eut quelques maux de tête et des douleurs d'estomac. C'est alors qu'elle se décida à entrer dans mon service.

A notre première visite, Madeleine nous montra les anneaux herpétiques de la poitrine, du cou et du dos; ils n'étaient plus constitués que par des squammes fines, minces, blanchâtres, assez adhérentes. La peau qui servait de base à ces squammes avait une coloration jaunâtre, ecchymotique; chacune des plaques éruptives était toujours le siége d'un prurit circonscrit présentant encore plus d'intensité vers le soir et augmentant pendant la nuit. (Chiendent-réglisse, bain simple; 3 portions d'aliments.)

Madeleine n'avait jusque-là fait aucun traitement pour combattre son éruption. Après le premier bain, le prurit disparut presque entièrement, l'appétit devint plus prononcé. Le 22, j'accordai 5 portions d'aliments. Dès le deuxième bain la desquammation s'effectua rapidement et les démangeaisons ne reparurent plus, les grandes fonctions s'exécutaient normalement. Le 26, plaques légèrement brunâtres sur les points qu'avait occupés l'éruption; plus de squammes, plus de prurit. Madeleine nous paraissant alors complétement guérie, nous pûmes la renvoyer de notre service.

SYPHILIS. — SYMPTÔMES PRIMITIFS DOUTEUX; ULCÈRE CONSÉCUTIF DE LA GORGE; ABCÈS DE LA JAMBE; CARIE ET NÉCROSE DU PIED; FIÈVRE HECTIQUE; MORT.

Hôpital du Midi.

..... Jean, âgé de 32 ans, charretier, ayant les cheveux d'un blond légèrement roux, les yeux bleus, la peau médiocrement blanche, marquée de taches de rousseur, le système musculaire peu développé, entre à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 25, service de M. Vidal, le 4 mai 1844.

Pendant les 15 ou 18 premières années de sa vie, ce malade a été d'une santé chétive, bien qu'il ne se rappelle pas avoir fait de maladie qui l'ait forcé à garder le lit, au moins pendant plusieurs jours de suite; mais il lui arrivait souvent, principalement l'hiver, d'avoir des maux d'aventure qui l'empêchaient,

tantôt de marcher, tantôt de se servir de ses mains; il était affecté en outre d'engorgements au cou qui augmentaient et diminuaient alternativement, et qui, à plusieurs reprises, se sont abcédés et ont laissé des cicatrices en quelques points apparents. Il ne se rappelle pas avoir eu de fièvre éruptive; il a été vacciné, et, d'après les traces que les pustules ont laissées, on peut induire que la vaccine a eu un développement régulier. — Il ne peut donner aucun renseignement sur l'état de santé habituelle de ses parents, ni sur les maladies auxquelles ils ont succombé.

Bien qu'exerçant une profession dans laquelle on commet des excès fréquents, ... a toujours mené une vie extrêmement sobre sous tous les rapports; il est resté vierge jusqu'à l'âge de 23 ans, et depuis cette époque n'a que très-rarement exercé le coït. Il n'a jamais eu d'écoulement, et ne s'est pas non plus aperçu d'aucune autre affection des parties génitales avant l'époque dont il va être question; mais ce renseignement n'a pas toute la valeur qu'on pourrait désirer à cause de l'intelligence médiocre du malade et du défaut de soins hygiéniques suffisants. — Au commencement du mois dernier, n'ayant pas alors eu de rapports sexuels depuis 8 mois, il s'aperçut qu'un bouton s'était développé sur le bord du prépuce; bientôt ce bouton se couvrit d'une croûte jaunâtre peu épaisse, qui tomba après une quinzaine de jours, sans laisser d'autres traces qu'un peu de rougeur; quinze jours après le développement du bouton, le malade ressentit de la douleur dans la gorge, la déglutition devint difficile et l'appétit diminua un peu; il consulta un médecin, qui lui conseilla de se faire admettre à l'hôpital du Midi.

Le lendemain de son entrée, on constata l'état suivant : La verge ne présente plus de traces du bouton que le malade dit avoir existé; seulement quand elle est restée quelques temps à l'air, on voit une partie du limbe du prépuce prendre une teinte plus foncée que le reste; il n'existe aucune cicatrice appréciable sur aucun point des organes génitaux. La peau est partout saine. Le centre du voile du palais offre une rougeur avec tuméfaction, de la largeur d'une pièce de 50 centimes; la portion rouge est douloureuse spontanément, et surtout pendant la déglutition; les douleurs n'éprouvent pas d'exaspération la nuit ni à d'autres heures fixes. Les amygdales et le pharynx sont sains; rien d'anormal ne se fait sentir du côté des fosses nasales. Pas de chaleur à la peau; pas de fréquence du pouls; appétit médiocre; sommeil moins bon qu'à l'état normal. (2 pilules de Dupuytren; tisane de salsepareille; gargarisme de sublimé corr.; 3 cinquièmes de portion d'aliments.)

Le 10, la rougeur s'est étendue au lieu de diminuer, et à son centre se voit une ulcération arrondie, à fond grisâtre, à bords rouges et nettement découpés, de 4 à 5 millimètres de diamètre, peu profonde. L'état général du malade est d'ailleurs le même; les aliments qu'on lui donne suffisent pour satisfaire son appétit; il y a peu de sommeil, bien que les douleurs de la gorge n'éprouvent pas d'exaspération nocturne. — On continue les mêmes moyens.

Le 20, l'ulcération du voile continuant à faire des progrès, on change le gargarisme de sublimé en un gargarisme avec l'iodhydrargirate de potasse, selon la formule de M. Puche.

On continue le même traitement jusqu'au 10 juin, et l'ulcération continue à faire des progrès; elle a acquis une grande profondeur, et le voile paraît sur le point d'être complétement perforé; le malade a de plus éprouvé, depuis quelques jours, des douleurs dans la continuité des jambes, surtout à droite; ces douleurs sont peu intenses, elles se manifestent principalement la nuit, quoiqu'elles existent aussi pendant le jour. Une légère tuméfaction des gencives sans salivation notable s'est développée depuis deux jours. — On cesse les pilules de Dupuytren, et l'on prescrit l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour en solution; on continue le même traitement quant au reste.

Le 20, une tuméfaction avec rougeur et douleur se manifeste sur le dos du pied droit, vers les premiers métatarsiens; le voile est complétement perforé; les bords de la perforation sont gris, taillés à pic, et environnés de rougeur et de tuméfaction; la voix a pris le caractère nasillard propre à ceux qui ont le voile perforé; la déglutition est difficile, et de temps en temps les aliments reviennent par le nez. — On joint un gargarisme émollient à celui déjà prescrit; l'on augmente de 1 gramme la dose d'iodure de potassium, et l'on applique des cataplasmes émollients sur le pied.

Le 10 juillet, la tuméfaction du pied, après avoir été très-prononcée, ainsi que la douleur, a diminué notablement; mais elle persiste encore à un degré médiocre; la douleur y est peu considérable spontanément, mais elle suffit pour empêcher le malade de marcher. L'état de la gorge reste à peu près stationnaire, ou s'aggrave plutôt qu'il ne s'améliore. Depuis l'apparition de la tuméfaction du pied, les douleurs dans la continuité des jambes ont presque entièrement disparu; elles ne se font plus sentir que par intervalles de plusieurs jours, et presque exclusivement la nuit. Le malade commence à maigrir sensiblement; son appétit diminue encore; les 3 cinquièmes de la portion sont plus que suffisants. — La dose de l'iodure de potassium a été successivement portée jusqu'à six grammes dans les 24 heures; on le continue à la même dose ainsi que le reste du traitement, sauf les ali-

ments, qui sont réduits de 1 cinquième de portion, et composés de poulet rôti.

Le 20 juillet, l'état du pied s'est encore amélioré; il n'y a presque plus de rougeur, et à peine de tuméfaction; mais à la partie moyenne et postérieure de la jambe droite (c'est-à-dire du même côté que le pied), s'est montrée depuis trois jours une tuméfaction avec rougeur et douleur augmentant beaucoup à la pression, et un peu de chaleur. — On n'apporte d'autre modification au traitement que l'application de cataplasmes sur la partie enflammée.

Le 30, la tuméfaction de la partie inférieure du mollet est restée à peu près la même; mais la peau qui recouvre la tumeur a rougi de plus en plus; son centre est devenu violacé, et elle s'est perforée hier spontanément; une abondante quantité (environ un verre et demi) de liquide, presque absolument semblable à de la lie de vin un peu épaisse, s'en est écoulé; le malade s'est senti très-affaibli à la suite de cet écoulement qui s'est fait peu à peu, et a duré toute la dernière moitié de la journée; depuis le 10 il s'est manifesté une légère accélération du pouls et un peu de chaleur à la peau; l'une et l'autre sont surtout prononcées vers le soir; quelquefois elles n'existent pas du tout le matin. Le pied reste dans le même état; l'ulcère de la gorge progresse, mais d'une manière très-lente. — Même prescription.

Rien de nouveau ne se manifeste dans l'état du malade jusqu'au 15 août; à cette époque il se plaint d'une gastralgie, surtout après avoir mangé; on supprime l'iodure de potassium et la tisane de salsepareille, et l'on remplace cette dernière par l'infusion de tilleul et oranger; on donne de plus 125 grammes de vin de Bagnols.

Le 20, le pied, qui n'avait conservé qu'un peu de gonflement œdémateux sans rougeur, est devenu de nouveau rouge et douloureux; cette nouvelle inflammation suit exactement la marche de celle du mollet, elle s'abcède le 27 août, et donne issue à un liquide semblable au premier, mais beaucoup moins abondant. L'abcès de la jambe continue à fournir une très-petite quantité du même liquide, et n'a aucune tendance à se cicatriser malgré les pansements avec la pommade de calomel; l'état de la gorge empire toujours d'une manière très-lente. Le mouvement fébrile que le malade éprouve chaque soir devient de plus en plus marqué; l'amaigrissement augmente, et la peau devient de plus en plus pâle; le malade s'affaiblit de plus en plus, et ne dort presque pas, quoique les douleurs qu'il éprouve soient très-modérées et incapables de troubler le sommeil.

A partir de ce moment, l'état du malade s'aggrava progessivement, sans qu'aucune nouvelle lésion s'ajoutât à celles déjà existantes. L'orifice des deux abcès acquit un diamètre d'une pièce de cinquante centimes, puis il resta stationnaire; le liquide qui s'en écoulait conserva toujours les mêmes caractères, excepté au pied, où il fut, à diverses reprises, mêlé de petites parcelles osseuses; l'ulcère de la gorge s'agrandit peu à peu, il détruisit tout le voile du palais, une partie de la voûte palatine, envahit tout le pharynx, et laissa intact le larynx, au moins à en juger d'après les caractères parfaitement normaux de la voix. L'appétit diminua de plus en plus; et, vers le milieu d'octobre, le malade était réduit à prendre des bouillons au nombre de trois ou quatre par jour; les aliments solides ne lui convenaient pas, et de plus il ne pouvait les avaler que très-difficilement, une partie revenant toujours par les fosses nasales; cet inconvénient n'avait lieu que beaucoup plus rarement pour les liquides, et seulement quand le malade ne prenait pas garde à lui. L'amaigrissement suivit la perte d'appétit; il était extrême au mois de janvier, époque à laquelle je ne vis plus le malade qu'une ou deux fois par semaine. La fièvre resta à peu près ce qu'elle était au mois d'août, seulement elle devint continue, et il y avait simplement une exaspération légère vers le soir. Il n'y eut que rarement des sueurs nocturnes ou diurnes; le plus souvent au contraire la peau était d'une sécheresse remarquable. Aucune fonction ne parut spécialement lésée; les urines ne présentaient rien d'anormal; la digestion était pénible quand le malade mangeait des aliments solides, facile quand il ne prenait que des bouillons; mais dans aucun cas il n'y eut ni diarrhée, ni nausées, ni vomissements; il se manifesta seulement quelques douleurs épigastriques chaque fois que l'on essaya d'administrer, soit les préparations mercurielles, soit l'iodure de potassium. La respiration s'accomplit toujours régulièrement, sans toux, ni dyspnée, ni étouffements, ni phénomènes morbides d'auscultation; ce ne fut que pendant le dernier mois qu'elle présenta des altérations que je ne puis préciser, attendu que je ne pus pendant ce temps continuer à voir le malade; le système circulatoire n'offrit d'autres altérations que la fréquence du pouls et un léger bruit de souffle suivant le premier temps à l'origine de l'aorte et sur le trajet des carotides. Enfin aucun phénomène pathologique ne se déclara du côté du système nerveux. Depuis la suppression de l'iodure de potassium, le traitement fut toujours tonique; on administra les diverses préparations de fer (lactate, iodure, pilules de Valette), celles de quinquina, la tisane de houblon, le vin de Bagnols; on essaya à diverses reprises de revenir aux préparations mercurielles et à l'iodure de potassium, mais le malade ne put les supporter; enfin le bouillon lui-même cessa de pouvoir être pris vers la fin de janvier, et le malade

succomba comme par extinction à ce que l'on me rapporta, le 21 février 1844, dans le dernier degré de marasme.

Voici ce que je trouvai à l'autopsie que je pratiquai moi-même.

Tête et cou. — Les membranes, le cerveau et le cervelet, offrent tous les caractères de l'état normal; nul épaississement, nulle induration, nul ramollissement, point de sérosité dans les cavités; peut-être un peu moins d'injection que d'habitude de toutes les parties en général. Les parois crâniennes ont également conservé leur épaisseur et leur cohésion normales soit à la voûte soit à la base. — Le voile du palais est entièrement détruit, ainsi que les deux centimètres postérieurs de la voûte palatine; le pharynx est également détruit, ainsi que l'origine de la partie postérieure de l'œsophage; les quatre premières vertèbres cervicales sont à nu par leur face antérieure, et sont le siége d'une vive injection, sans destruction ni ramollissement de leur tissu; la base du crâne, dans la portion qui donne insertion au pharynx, offre un décollement du périoste, sans autre altération appréciable, qu'une sorte de sécheresse de sa surface; le périoste lui-même est injecté et épaissi. La base de la langue, l'épiglotte et le larynx n'ont pas été envahis par l'ulcération; les amygdales sont détruites en partie seulement; les limites des parties malades sont brusques, et l'on passe immédiatement au tissu sain; l'intérieur des fosses nasales ne présente aucune ulcération, ni autre altération quelconque; il en est de même du larynx et de la trachée.

Thorax. — Les poumons offrent une hépatisation grise lobulaire qui occupe les trois quarts du côté gauche et près des deux tiers du côté droit. Les noyaux de cette hépatisation ont un diamètre qui varie entre un et quatre centimètres; leur coupe est d'un gris jaunâtre, sèche, grenue, friable; le tissu qui les sépare est d'un rouge lie de vin, et le plus souvent imperméable à l'air, quoique non grenu; quant aux noyaux eux-mêmes, ils sont entièrement solides et se précipitent tout au fond de l'eau; ils occupent principalement la partie inférieure de l'organe, le sommet offrant encore une certaine étendue de tissu de couleur rosée et crépitant. Les bronches sont saines. — Les plèvres ne contiennent point de liquide et n'ont point contracté d'adhérences. — Le péricarde est sain, ainsi que le cœur, dont le volume est seulement un peu petit pour l'âge du sujet; ses cavités ne contiennent qu'une petite quantité de sang coagulé.

Abdomen. — Il serait inutile de décrire minutieusement tous les organes; j'insisterai seulement sur ceux qui semblaient s'éloigner un peu de l'état normal. Tout le canal intestinal était rétracté sur lui-même; toutes ses tuniques étaient d'une pâleur extrême; la muqueuse avait partout sa consistance normale, malgré que son épaisseur fût notablement moindre. Le foie avait son volume et sa consistance physiologiques; sa couleur était très-pâle, d'un jaune clair, sans marbrures, ni pointillé qui pût faire croire qu'il est formé de deux substances. La vésicule était à demi remplie par une bile d'un jaune d'ocre de bonne consistance. — La rate avait un volume un peu supérieur au volume naturel; elle était de couleur rouge lie de vin clair, et d'une grande friabilité; de la surface des incisions qu'on y pratiquait s'écoule une *boue splénique* abondante. — Les reins n'offraient de remarquable qu'une injection prononcée et en forme de ligne festonnée sur les limites des deux substances; le reste des organes partageait la pâleur générale de tous les tissus. Les uretères et la vessie étaient le type de l'état sain. — L'urètre n'est le siége d'aucune altération appréciable. Les testicules sont parfaitement sains.

L'abcès de la jambe s'étendait dans plusieurs directions entre les plans musculaires; dans quelques points même les muscles étaient détruits, mais nulle part il n'atteignait ni les os ni leur enveloppe. Celui du pied, au contraire, communiquait avec une cavité creusée dans le premier métatarsien, et capable de loger un petit cocon de ver à soie dont elle a la forme. Cette cavité est comme sculptée dans le métatarsien au dépens de sa face interne; ses parois sont formées par une couche de matière muco-celluleuse plus molle, plus élastique, plus humide que les fausses membranes, dont elle a d'ailleurs l'aspect; elle est assez adhérente aux parois osseuses par sa face profonde, tandis que par sa face superficielle elle communique en partie avec l'air extérieur, et est en partie recouverte par un séquestre du volume d'un gros haricot, au milieu duquel elle envoie plusieurs prolongements, et qu'elle unit ainsi d'une manière médiate. Il m'a été impossible de m'assurer si cette espèce de fausse membrane contenait ou non des vaisseaux. La trame du séquestre semble plutôt raréfiée que condensée; celle des parois osseuses est absolument normale, et il semble que la cavité ait été pratiquée de la même manière que certains vers pratiquent, en rongeant le bois, des cavités dans le tronc des arbres; en avant, la cavité arrive jusqu'au bord du cartilage dont elle a suivi le contour sans l'entamer; en quelques points même celui-ci est décollé par la destruction de l'os, sans être autrement altéré. Au pourtour de l'orifice de la cavité, le périoste est décollé dans l'étendue de deux à trois millimètres, excepté en arrière, où il l'est dans une étendue de plus d'un centimètre; partout ailleurs il adhère comme à l'état normal. La surface de l'os est partout saine, sauf dans les portions où le périoste est décollé; là il offre une rougeur par petites plaques, par points

ou rarement par lignes, et, dans quelques portions très-limitées, une augmentation notable de friabilité, sans aucun changement de structure, comme je l'ai déjà dit. — Tous les autres os du pied, ainsi que les tibias, les fémurs et les clavicules, sont sains. Les corps des quatre vertèbres dénudées, fendus en divers sens, n'ont présenté aucune trace de tubercules; leur altération était superficielle et tout à fait semblable à celle que je viens de décrire dans le métatarsien.

Remarques. Si l'on s'en rapportait aux renseignements fournis par le malade qui fait le sujet de l'observation précédente, on devrait croire qu'il s'agissait ici d'une vérole constitutionnelle d'emblée, sans symptômes primitifs; mais j'ai déjà fait pressentir le cas que je faisais de ces renseignements; et autant je repousse cette suspicion absolue et systématique dont certains auteurs cherchent à se faire une égide pour protéger leur système, autant je me garde d'accorder une confiance aveugle à des témoignages qui ne m'offrent pas toutes les garanties de certitude qu'un esprit sévère doit exiger. Je ne ferai donc point entrer ce fait dans la catégorie de ceux qui peuvent éclairer l'importante question des véroles constitutionnelles d'emblée. J'accorderai même que le malade peut avoir eu un chancre *extérieur* sans s'en apercevoir; mais faut-il accorder également que ce chancre s'est induré, et que le malade a pu laisser passer inaperçue une induration dont la durée est au moins d'un mois et plus souvent de deux mois? C'est ce qui me semble impossible : ..... s'est bien aperçu de l'existence d'un bouton à la verge dès qu'il a été développé, comment pourrait-on croire qu'il n'eût pas vu une induration? Il faut donc admettre que dans le cas actuel il n'y a pas eu d'induration, et que la vérole d'emblée est survenue sans avoir été précédée de ce symptôme soi-disant indispensable; au reste, pour généraliser ici cette pensée, nous dirons que les inoculateurs n'expliquent toutes les véroles d'emblée que par des chancres larvés; or, comme il est fort difficile de croire qu'un chancre puisse rester larvé lorsqu'il s'accompagne d'induration, ils admettent par cela même la possibilité d'accidents consécutifs sans induration, et se mettent ainsi en contradiction avec eux-mêmes, ce qui leur est d'ailleurs assez familier.

Nous ne douterons pas non plus que chez ce malade les symptômes consécutifs ne se soient développés au moins huit mois après le coït, par conséquent au moins huit mois après l'existence des symptômes primitifs, à supposer qu'ils aient existé; ce fait ne s'accorde pas non plus avec les règles invariables qui veulent que lorsqu'un symptôme primitif n'a pas été traité, les symptômes secondaires le suivent *fatalement* dans les deux mois; mais ceux qui posent ces règles se préoccupent en général peu de savoir si elles sont ou non exactes; il leur suffit qu'elles donnent un certain vernis dogmatique à leur système pour qu'ils s'empressent de les lancer dans le monde, où elles deviennent ce qu'il plaît à Dieu, ou plutôt à l'observation patiente et consciencieuse. Enfin, le fait qui précède montre aussi le vice radical de cette ancienne classification rajeunie qui divise les symptômes de la syphilis en primitifs, secondaires et tertiaires, puisque les affections de la peau du tissu cellulaire, des muqueuses et des os, se sont ici développées toutes à peu près en même temps et sans aucune interruption.

Quelques médecins, même parmi ceux qui ont une connaissance spéciale de la syphilis (comme on peut le voir dans une lettre récente publiée par un homme consciencieux), professent que la syphilis, *lorsqu'elle est convenablement traitée*, n'a jamais de suites fatales. Il est fort heureusement vrai que les cas de ce genre sont fort rares; mais ce serait se jeter dans une exagération fâcheuse de soutenir qu'il n'en existe pas; je ne suppose pas que dans le cas précédent on puisse attribuer la terminaison de la maladie à la mauvaise direction du traitement; l'attribuerons-nous plutôt à la mauvaise constitution du malade, ou à quelque autre condition inconnue? C'est ce qu'on ne saurait faire avec certitude. Mais quelle que soit la cause à laquelle on doive attribuer cette terminaison, elle prouve au moins que le traitement de la syphilis n'est point parvenu à son plus haut degré de perfection, et que les observateurs ont encore d'importants sujets de recherches et de méditations.

La névrose dont ce malade a été atteint est un des points intéressants de son histoire; nous y reviendrons lorsque quelques autres faits semblables nous auront permis d'établir des comparaisons.

Enfin, je terminerai en disant que le si mot *phthisie* n'était pas aujourd'hui consacré pour désigner une affection toute particulière, j'aurais donné à celle qui précède le nom de phthisie syphilitique, attendu que la fièvre s'était déjà développée et avait déjà produit de graves altérations dans l'état général du malade bien avant que l'état local n'eût occasionné des désordres graves ; aussi, s'il n'est pas douteux que les ravages de l'arrière-gorge ne fussent capables d'occasionner la mort par les troubles qu'ils apportaient nécessairement aux fonctions digestives, il n'est pas douteux non plus que l'état général préexistant n'ait de beaucoup hâté l'issue fatale, et que même il n'eût suffi à lui seul pour conduire le malade au tombeau. Toutes ces raisons m'ont fait changer le nom de phthisie syphilitique, que l'on donnait autrefois aux maladies, comme celle qui se révèle en celui de fièvre hectique, qui a le même sens général. H. DE C.

EXEMPLE REMARQUABLE DE MÉTASTASES SYPHILITIQUES.

Hôpital du Midi.

Verd.... Pierre, âgé de 28 ans, serrurier, cheveux châtains, yeux bruns, taille ordinaire, membres médiocrement développés, peau brune, embonpoint modéré, est entré à l'hôpital du Midi, salle 10e, n° 10, service de M. Vidal, le 10 juillet 1843.

Quoique sujet à des maladies assez fréquentes, ce malade n'a jamais eu d'affection grave qui l'ait forcé à garder le lit. Jamais il n'avait été affecté de syphilis, lorsqu'au mois de février 1842 il contracta une blennorrhagie urétrale et des ulcérations qu'il croit être des chancres sur le prépuce. Pour tout traitement, il se lotionna la verge avec de l'eau, et prit du poivre cubèbe pendant cinq semaines. Au bout de ce temps, l'écoulement se trouva réduit à l'état de goutte militaire, sans douleur; celle-ci avait toujours été, du reste, peu considérable. Mais, pendant que la blennorrhagie s'était ainsi améliorée, le prépuce se tuméfia, et les ulcérations se recouvrirent de croûtes. Le malade vint alors à la consultation, et prit chez lui 100 pilules de Dupuytren, d'après les conseils du médecin. Malgré ce traitement, les ulcérations persistèrent, et il fut admis, vers la fin de septembre, dans les salles de l'hôpital. Il prit de nouveau des pilules de Dupuytren (2 par jour), il pansa simplement les ulcères de la verge, et il sortit le 25 octobre, n'ayant plus ni plaie, ni tuméfaction au prépuce. Quinze jours après sa sortie, une éruption de croûtes se développa sur toute la surface du corps; il se présenta de nouveau à la consultation, où on lui prescrivit encore, dit-il, des pilules de Dupuytren, qu'il prit au nombre de 100. Les croûtes persistèrent pendant un mois, sans s'accompagner de douleur, de prurit, ni d'aucune autre sensation anormale nulle part. Au moment où elles commencèrent à disparaître, il se forma sous la peau des bourses, en arrière des testicules, trois grosseurs indolores et mobiles sous la peau du scrotum, entre les testicules et le périnée; elles avaient un volume plus considérable que celui d'une noisette, et moindre que celui d'une noix ; il les abandonna à leur marche naturelle et au bout de deux mois, elles commencèrent à diminuer. A peine leur résolution était-elle commencée, qu'une douleur se fit sentir dans l'articulation du genou gauche, et que des tubercules plats se montrèrent à la marge de l'anus. Pendant que les tumeurs diminuaient, ces derniers symptômes prenaient de l'accroissement, et la douleur du genou arriva au point d'empêcher le malade de continuer ses occupations. Il demanda alors son admission à l'hôpital, et entra le 10 avril.

On put constater à la visite du lendemain de nombreux tubercules plats à l'anus, et une tuméfaction légère avec fluctuation douteuse de l'articulation tibio-fémorale gauche; en arrière des bourses se trouvait un vestige d'induration mobile, et tout au plus du volume d'un gros pois; les douleurs de l'articulation étaient peu considérables dans l'état de repos, assez vives pendant la marche et à la pression ; elles n'avaient point d'ailleurs de caractère nocturne. Le malade fut mis à l'iodure de potassium à la dose de 1 à 3 grammes progressivement; on pratiqua des embrocations sur le genou avec un liniment ammoniacal, puis on appliqua un emplâtre d'iodure de potassium. Au milieu du mois de mai, la marche était possible sans beaucoup de douleur; la tumeur du genou était presque nulle, et les tubercules de l'anus avaient complétement disparu, lorsque le malade demanda sa sortie. Il n'avait pas cessé de prendre l'iodure de potassium, et on lui conseilla de le continuer chez lui, ce qu'il ne put faire.

L'amélioration que pour la seconde fois il avait obtenue à l'hôpital continua pendant quelque temps, puis la tuméfaction du genou recommença ; la peau qui le recouvrait devint rouge, et le malade fut encore obligé de suspendre ses occupations. Il resta quelques semaines dans sa chambre, et fut enfin forcé, par les progrès du mal, de venir réclamer, pour la troisième fois, son admission à l'hôpital, où il entra, ainsi qu'il a été dit, le 10 juillet 1843.

Toutes les lésions se bornaient alors à une

tuméfaction médiocre du genou gauche, sans fluctuation appréciable, mais avec une induration et comme une sorte d'empâtement des tissus environnant les parties osseuses; la forme de ces dernières ne pouvait être bien appréciée, à cause de cet empâtement, et il était impossible de s'assurer si elles étaient saines ou altérées; la peau de la moitié antérieure du genou était d'un rouge plus ou moins foncé, qui passait au violet au niveau et en dehors de la rotule; il n'y avait presque aucune douleur spontanément; mais il s'en manifestait une assez prononcée par la pression, et une plus vive si l'on essayait d'imprimer des mouvements à l'articulation, le membre était dans l'extension, et le malade ne pouvait le fléchir qu'avec difficulté et douleur; la marche était fort difficile. L'habitude générale du malade était évidemment moins satisfaisante que d'ordinaire; son facies nous parut un peu altéré, et son appétit avait légèrement diminué; il dormait d'ailleurs très-bien, n'éprouvait de douleurs nulle part, et n'avait pas le moindre mouvement fébrile. (Tisane de salsepareille; iodure de potassium, 1 gramme; emplâtre de Vigo autour de l'articulation malade; bains; 3/5 de portion d'aliments.)

30 juillet. L'état du genou n'a éprouvé aucune amélioration, au contraire : la couleur violacée s'est étendue aux deux côtés de la rotule; la sensibilité à la pression est devenue plus grande, et les mouvements plus difficiles et plus douloureux; le malade ne peut plus se soutenir sur le membre gauche. En dehors de la rotule, la tuméfaction a augmenté, et forme une saillie conoïde, au sommet de laquelle on sent une fluctuation obscure, et où la peau semble amincie. Chaque fois que le malade a pris une cuillerée d'iodure de potassium (il en prend trois par jour), il éprouve pendant environ une demi-heure une douleur vague à l'estomac; son appétit a diminué; 2/5es de portion sont suffisants pour le calmer; la tisane de salsepareille provoque de la répugnance; le malade maigrit sensiblement, quoique très-lentement. Il n'y a d'ailleurs ni fièvre, ni perte de sommeil. (Cataplasmes émollients sur le genou; tisane de tilleul-orange; 2/5 de portion de poulet; 3/5 de portion de vin; suppression de l'iodure de potassium.)

Le 13 août, la saillie indiquée en dehors de la rotule s'est abcédée; il s'en est écoulé une petite quantité de liquide séro-purulent, rougeâtre, tenant en suspension quelques débris solides; les bords de l'ouverture sont d'un violet foncé, déchiquetés, et autour d'elle, dans un rayon de 1 1/2 à 2 centimètres, la peau est décollée et très-mince; un stylet introduit dans la place ne rencontre aucune surface osseuse à découvert. — On panse la plaie avec du cérat mercuriel, et l'on applique un cataplasme émollient par-dessus; même prescription pour le reste.

Depuis ce moment jusqu'au 10 novembre, le malade n'éprouva que peu de changement; le foyer continua à fournir chaque jour une très-petite quantité du liquide indiqué; son ouverture s'agrandit de manière à atteindre le diamètre d'une pièce de 15 sous, et resta ensuite stationnaire : elle était toujours déchiquetée; comme dans les ulcères phagédéniques, la peau resta décollée, mince, et violacée; un pareil foyer, mais plus petit des deux-tiers, se manifesta en dedans de la rotule, et eut absolument la même marche et les mêmes caractères, c'est-à-dire qu'il parut ne pas atteindre le tissu osseux. L'état général du malade s'aggrava peu à peu; au mois de novembre, il ne pouvait plus manger qu'une portion d'aliments, et encore quelquefois laissait-il une partie de son pain. Le malaise épigastrique persista après la suppression de l'iodure, et se manifestait presque après chaque repas. L'amaigrissement avait fait aussi des progrès médiocres; de temps en temps il se manifestait, vers le soir, un peu de fièvre, et ces jours-là, le sommeil était en général troublé. La marche était complétement impossible, ainsi que les mouvements de l'articulation malade. Aucune autre lésion apparente ne s'était d'ailleurs manifestée.

Le 10 novembre, on s'aperçut que les plaies changeaient depuis quelques jours d'aspect; leur surface, qui était habituellement fongueuse, d'un rouge lie de vin, qui fournissait une sécrétion ichoreuse, était devenue d'un rouge plus tendre; des bourgeons charnus de bonne nature semblaient se former, et la peau environnante perdait également sa couleur noirâtre; enfin le malade pouvait exécuter quelques mouvements du genou. Comme on avait depuis longtemps abandonné tout traitement actif, ce changement brusque surprit, et l'on étudia avec soin et tous les jours le malade. L'amélioration marcha avec une telle rapidité, que le 20, la plus grande plaie touchait à sa complète cicatrisation, et que la plus petite était entièrement guérie. Le genou avait diminué de volume, la peau se rapprochait beaucoup de sa coloration normale; ces lambeaux qui étaient si amincis, et qui semblaient devoir être sacrifiés s'étaient recollés; enfin les mouvements étaient presque normaux, et le malade se tenait avec facilité sur son membre malade. Les douleurs épigastriques avaient disparu; l'appétit était presque normal (3/5 de portion étaient insuffisants); le sommeil était bon, tout mouvement fébrile avait cessé.

Le 22 novembre, le malade se plaignit de quelques maux de tête qui, pendant la nuit, avaient troublé son sommeil; la face parut injectée, et les yeux un peu larmoyants; cependant, comme il n'y avait point de fièvre, on ne

prescrivit rien de particulier. Le lendemain toute la face, la partie supérieure du cou et le cuir chevelu étaient rouges et tuméfiés; quelques vésicules très-petites existaient çà et là, sur les joues et derrière les oreilles; insomnie la nuit; à peine de mouvement fébrile; un peu de diminution de l'appétit. — Infusion chaude de fleurs de bourrache; un cinquième de portion d'aliments.

Le 24, toute la face, une partie du cou et du cuir chevelu furent trouvées couvertes de vésicules du volume d'une tête d'épingle; elles étaient répandues à peu près également partout, mais très-abondantes; la peau offrait une rougeur générale médiocre, plus vive dans les parties qui environnaient les vésicules qu'ailleurs; la tuméfaction de la face persistait. Il n'y avait qu'une céphalalgie légère; le sommeil avait été assez bon; le malade réclama les 3/5 de portion, qui lui furent accordés.

Le 27, presque toutes les vésicules étaient desséchées; des croûtes jaunâtres, peu épaisses, demi-transparentes les avaient remplacées; il s'en était développé quelques-unes de nouvelles, principalement sur le cou; la tuméfaction avait diminué, mais était encore assez prononcée; la rougeur qui environnait les vésicules avait persisté autour des croûtes et était même devenue plus foncée. Il n'y avait point de céphalalgie ni de fièvre.

Les accidents qui s'étaient développés du côté de la tête n'avaient point entraîné la marche de l'amélioration du côté du genou; la cicatrisation de la grande plaie était complète, la peau presque de couleur normale; la tuméfaction presque nulle, les mouvements faciles, ainsi que la marche, la pression à peu près indolore.

Le malade avait repris un notable degré d'embonpoint et de forces; soit que les nouveaux accidents l'eussent effrayé, soit que, comme il le disait depuis longtemps, il fût désireux de retourner dans le midi de la France, son pays natal, il demanda sa sortie, malgré toutes les représentations qu'on put lui faire.

Remarques. Il est sans doute fort à regretter que l'on n'ait pu suivre pendant beaucoup plus longtemps toutes les phases de la maladie dont nous venons de tracer l'histoire; mais telle qu'elle est, cette histoire ne laisse pas que d'offrir un intérêt assez grand. On rencontrerait difficilement, je crois, une série de phénomènes mieux disposés pour démontrer clairement l'existence des métastases syphilitiques. Lorsque le malade nous raconta la coïncidence de la guérison des symptômes cutanés, et de l'apparition des tumeurs du périnée, celle de la guérison de ces dernières et du développement de la maladie du genou, on peut croire qu'il s'était laissé tromper par cette tendance qu'ont tous les hommes en général, et le vulgaire en particulier, à rattacher un événement qui suit à un autre événement qui le précède plus ou moins immédiatement. Cependant, la précision avec laquelle il se rappelait les différentes époques auxquelles les différentes affections s'étaient manifestées, et pour lesquelles il était venu demander des conseils à l'hôpital, nous avait déjà inspiré une certaine confiance dans ses récits; la singularité de ce que nous pûmes constater nous-même corrobora cette confiance. Comment comprendre autrement que par une métastase cette guérison si rapide d'une affection en apparence si grave, que l'on redoutait l'abolition perpétuelle des mouvements du genou, et cette apparition brusque et concomittante d'une éruption vers la tête, surtout lorsque déjà chez le même individu plusieurs fois de semblables coïncidences se sont manifestées? Non-seulement on doit trouver là une raison suffisante de croire aux métastases, mais on doit y apprendre la manière de les concevoir. J'ai déjà eu l'occasion de m'expliquer à ce sujet dans mon mémoire sur l'orchite blennorrhagique (n° de février 1844), et le fait qui précède vient entièrement confirmer ma manière de voir. Il ne faut pas voir dans la métastase le transport de ce qui forme le caractère anatomique de la maladie, du *produit*, du *résultat* de la maladie, mais de déplacement du principe de la maladie, ou de son siége d'action. Or, pour que ce déplacement puisse s'opérer, il faut de *toute nécessité* que le principe morbide parcoure l'organisme entier, il faut par conséquent que tout le système en soit imprégné, il faut que la maladie soit une maladie *générale*. Cette manière de comprendre les métastases poussée jusque dans ses dernières et *rigoureuses* conséquences, est destinée, si je ne me trompe, à jeter un assez grand jour sur la pathologie; mais il serait déplacé d'y insister plus longuement ici. J'espère pouvoir y revenir plus tard. Nous ferons remarquer, en attendant, la prédisposition toute particulière que paraissent avoir certains individus aux déplacements métastatiques; en syphilis, à l'orchite près, ces déplacements sont assez rares, ou au moins assez peu évidents pour qu'aucun auteur n'ait cru devoir les signaler d'une manière

spéciale, et chez notre malade presque toute la maladie n'a été qu'une suite de métastases, sans compter peut-être toutes celles qui pourront survenir encore.

Je pourrais insister sur quelques points intéressant de cette observation, et spécialement sur les difficultés énormes qu'il y avait à prévoir la gravité de la maladie articulaire, sur les caractères et la nature des indurations du périnée et de l'éruption de la tête, mais je désire ne pas distraire l'attention du fait capital que j'ai voulu mettre en saillie.

H. DE C.

IRITIS SYPHILITIQUE, *4 mois après un chancre et une blennorrhagie traités sans mercure, et compliquant une syphilide pustuleuse. — — Traitement par les mercuriaux. — Salivation. — Guérison* (1).

Hôpital Saint-Louis.

Charles, 28 ans, peintre sur porcelaine, d'une constitution faible, d'une mauvaise santé, sujet à des palpitations habituelles, a été pour la première fois affecté d'une maladie vénérienne en décembre 1843. — Il a eu un chancre induré au prépuce et une blennorrhagie très-intense. Le malade n'a fait tout d'abord attention qu'à ce dernier phénomène, qu'il a combattu par des injections d'eau de saturne et par l'emploi de l'essence de térébenthine prise chaque jour à la dose de 20 gouttes à l'intérieur. Pendant ce temps le chancre s'agrandissait, et deux bubons, qui ne suppurèrent pas, en furent la conséquence; cependant le malade n'y opposa aucun traitement, et au bout de 15 jours le chancre avait disparu sous la seule influence des lotions émollientes, en laissant après lui une base très-indurée et douloureuse. L'écoulement blennorrhagique continua à être très-abondant pendant deux mois, après quoi il resta un suintement chronique qui existe actuellement encore.

Au commencement de février, une syphilide pustuleuse générale se développa, et le malade entra à la Pitié dans le service de M. Piorry. Cette syphilide paraissait consister, d'après les renseignements que donne le malade, en une éruption de pustules qui suppuraient incomplétement et étaient remplacées par de larges taches cuivrées caractéristiques : l'éruption n'était pas simultanée, mais successive. Il y eut, en outre, d'autres accidents à la même époque, des maux de gorge fréquents et une otite du côté gauche. Le seul moyen de traitement opposé à ces accidents fut l'iodure de potassium, dont le malade ne tira aucun bénéfice, mais qui lui occasionna une atrophie complète des deux testicules, qui sont presque réduits au volume de l'épididyme seul. Il sortit de l'hôpital de la Pitié vers la fin de mars, et prit pendant quelque temps des fumigations mercurielles à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis.

C'est pendant qu'il faisait usage de ces fumigations qu'il s'aperçut des troubles très-notables dans l'œil droit. Depuis le 9 avril le malade ressent de légères douleurs dans le globe de l'œil droit et dans le front; la vue baisse graduellement, et il y a une photophobie assez intense.

Le malade entra à l'hôpital Saint-Louis le 12 avril 1844, dans la salle Henri IV, n° 94, service de M. Cazenave, dans l'état suivant :

L'œil droit est le siége d'un iritis intense qui a les caractères suivants : l'iris est à demi contracté; l'ouverture pupillaire est moyenne, un peu déformée, oblongue; un plus grand diamètre est oblique du haut en bas et de dedans en dehors; le contour de cet ovale est un peu irrégulier : en haut et à droite il y a un point qui proémine vers le centre de la pupille; ce point est d'un blanc jaunâtre et est constitué par un petit foyer de suppuration entouré de fausses membranes qui se prolongent sur l'iris et lui donnent une teinte blanchâtre dans une petite portion de son étendue. Les mouvements de l'iris sont nuls, même quand l'iris du côté opposé se contracte. Les humeurs de l'œil commencent à se troubler, et la cornée transparente devient un peu opaline et comme macérée. Une rougeur vive environne la cornée; elle est formée de deux couches superposées de vaisseaux, dont les uns, profonds, radiés et réguliers, plus pressés autour de la cornée, appartiennent à la sclérotique; dont les autres, superficiels, irréguliers, entrelacés et généralement répandus, appartiennent à la conjonctive. Le cercle gris, extérieur à la cornée, indiqué par M. Velpeau et par les auteurs allemands, n'existe qu'au dedans, où il est très-large; photopsie et photophobie; vue complétement abolie; douleurs vives, lancinantes, dans toute la moitié droite de la tête et dans l'orbite. Fièvre légère.

13, Même état, insomnie. Prescription : chiendent, réglisse, 0,30 calomel, 12 sangsues derrière l'oreille droite, frictions mercurielles sur la tempe et sur le front du côté droit, pédiluve pour le soir, 2 bouillons, 2 soupes.

14. Les sangsues n'ont que très-peu diminué la douleur. Les phénomènes locaux sont les mêmes; la tache blanche de l'iris s'est même étendue. Vue plus trouble encore, même rougeur de la sclérotique et de la conjonctive. Ce-

(1) Cette observation a été recueillie par M. Racle jeune, interne attaché au service de M. Cazenave.

pendant le calomel a produit des selles assez nombreuses et assez abondantes.

M. Cazenave fait appliquer 10 sangsues derrière l'oreille droite. Même traitement.

15. Peu de changement; cependant la douleur est beaucoup moins vive. Même traitement.

16. Le malade a suivi exactement le traitement. Tous les jours il y a trois ou quatre selles liquides. Cependant l'état de l'iritis est stationnaire; il n'y a que la douleur qui est un peu diminuée. Mais un autre accident, peut-être heureux, s'est déclaré, c'est l'apparition d'une stomatite mercurielle. Bien que le malade n'ait pris de frictions que pendant trois jours, et n'ait pris que trois doses de calomel, il ressent déjà des douleurs vives dans les gencives, qui sont rouges et un peu tuméfiées. Les ganglions sous-maxillaires et peut-être la glande sont engorgés; l'haleine commence à prendre de la fétidité et la salive à être abondante. Insomnie, fièvre.

Bien que cet accident puisse, à la rigueur, opérer une dérivation utile, M. Cazenave cherche cependant à en prévenir le développement trop violent, et il prescrit en conséquence un gargarisme de quinquina, 2 verres d'eau de sedlitz pour remplacer le calomel, pédiluves, 2 bouillons, 2 potages.

17. La stomatite est établie avec une grande intensité. Il y a une tuméfaction considérable des ganglions et des glandes sous-maxillaires; la bouche ne s'ouvre qu'avec la plus grande difficulté, et encore elle ne s'ouvre qu'incomplétement. Les lèvres sont gonflées et douloureuses; les gencives rouges et saignantes, ulcérées dans le point où elles étreignent le collet de la dent, recouvertes çà et là de pseudo-membranes. La langue est très-gonflée et douloureuse, également couverte d'une exsudation couenneuse.

Sous l'influence de cette stomatite, une modification très-remarquable s'est opérée dans l'œil malade: les douleurs ont presque complétement disparu; mais ce qu'il a de plus remarquable, c'est la diminution considérable de l'injection vasculaire; la conjonctive, et au-dessous d'elle la sclérotique, conservent bien encore des vaisseaux turgescents, mais cependant beaucoup moins développés que la veille: la teinte écarlate est remplacée par une teinte d'un rose vif et uniforme. L'état de l'iris et de la cornée est toujours le même. La vue est moins obscurcie.

18. Le matin, il y a une notable amélioration; bien que l'œil soit encore assez rouge, la vue s'est rétablie et le malade commence à distinguer les objets. La salivation est toujours très-abondante, les gencives saignent beaucoup.

Le soir, la rougeur a presque complétement disparu. La sclérotique est nette et blanche, plus de photophobie. Le malade voit bien, sauf un léger nuage. La cornée a repris presque entièrement sa transparence; cependant le limbe en est encore légèrement opalin et comme macéré. Les désordres de l'iris, qui s'accroissaient de jour en jour, sont demeurés stationnaires et tendent à rétrograder; le petit point de suppuration tend à disparaître, mais la pupille est toujours immobile. Le même traitement est continué.

19. Tous les désordres sont dans le meilleur état de résolution: l'ophthalmie a entièrement disparu. L'iris reprend sa forme régulière et son petit point décoloré tend à reprendre la teinte naturelle; il n'y a pas encore de mouvements. Il ne reste qu'un léger brouillard qui empêche encore le malade de lire.

La salivation continue toujours très-abondante. Les gencives sont très-tuméfiées. Les gencives et tout le bord droit de la langue sont couverts d'ulcérations et de fausses membranes.

20. L'iris conserve encore en général une teinte plus claire que celle de l'autre œil. La pupille est encore légèrement déformée, la tache grise de l'iris se rétrécit par la résorption du petit point de suppuration qui la formait. Même traitement.

Jusqu'à la fin du mois la vue reste toujours trouble, et en conséquence M. Cazenave emploie avec succès les purgatifs. Ce n'est qu'à la fin du mois que la vision est parfaite. Ce n'est que plus tard que l'iris a repris et sa couleur naturelle et sa mobilité.

Le 30, le malade est assez bien rétabli pour pouvoir lire avec l'œil affecté, ce qui est la meilleure preuve du retour à l'état normal; car l'œil gauche est affecté d'une taie, suite d'une ancienne ophthalmie qui empêche complétement la lecture.

Le malade ne reste plus à l'hôpital que pour se faire traiter de son affection vénérienne de sa blennorrhée et de ses syphilides.

Dès ce jour, M. Cazenave prescrit la salsepareille, et le soir une pilule de protoiodure de mercure, n° 1, c'est-à-dire au 10e. Bain de vapeur.

Le malade supporte assez bien ce traitement, et sauf quelques accidents sans importance, il sort de l'hôpital Saint-Louis, le 24 mai 1844, parfaitement guéri. Cependant M. Cazenave lui conseille de continuer l'usage des mercuriaux pendant quelque temps encore, pour faire disparaître les dernières traces de sa syphilide.

REVUE.

De la transmission de la scarlatine, de la variole, de la syphilis et d'autres maladies par voie d'hérédité, par Robert Lee à Londres.

(Journal für Kinderkrankheiten, v. Barez; Berlin, avril 1844.)

Il y a quelques années, j'eus l'occasion d'observer un enfant nouveau-né, dont le corps, les cuisses et les jambes étaient couverts de vésicules, de pemphigus, contenant un liquide trouble. La mère avait été souffrante pendant sa grossesse, sans cependant avoir été atteinte d'aucune maladie bien caractérisée. — Lobstein et Joerg ont également rencontré le pemphigus chez des enfants nouveau-nés. — Une jeune femme qui avait été confiée à mes soins eut, pendant les trois derniers mois de sa grossesse, des accès de boulimie qu'elle cherchait à apaiser en prenant toutes sortes d'aliments excitants en abondance. Quelques jours après la naissance de l'enfant, il se manifesta, avec accompagnement de fièvre, une éruption de nombreuses vésicules de couleur foncée, à la partie inférieure de l'abdomen, aux extrémités inférieures, au cou et à la tête; ces vésicules portaient tous les signes caractéristiques du pemphigus. L'éruption se manifesta avant que la sécrétion du lait fût complétement établie chez la mère; en sorte qu'il n'y eut pas à douter que la maladie de l'enfant ne fût de naissance. En voyant cette éruption, je supposais d'abord les parents affectés de la syphilis; mais cette supposition était sans fondement. Mauriceau avait déjà fait voir qu'un état pléthorique particulier de la mère, résultant de l'ingestion d'aliments impropres, pendant les derniers mois de la grossesse, peut produire chez l'enfant une affection semblable. M. Webster, appelé avec moi à traiter cet enfant, ordonna de changer de nourrice et prescrivit *hydrargyr* : *cum creta*, gr. 1 β avec un peu de rhubarbe, à prendre matin et soir. Après quinze jours de traitement, l'état de l'enfant s'améliora, et le pemphigus disparut. Nous dissuadâmes la mère d'allaiter son enfant, et nous lui conseillâmes d'essayer auparavant son lait sur l'enfant de la nourrice; c'est ce qu'elle fit. Quelques jours après, l'enfant de la nourrice fut saisi de symptômes fébriles, et le pemphigus se déclara sur toutes les parties du corps. — Je crois me rappeler que M. Blundell parle, dans ses leçons, d'un enfant que M. Lowder guérit deux fois de la syphilis par le traitement mercuriel. Mais, lorsque les mêmes symptômes se montrèrent pour la troisième fois, il pensa que la maladie de l'enfant avait été communiquée par la mère. En conséquence, l'enfant fut sevré et se rétablit sans difficulté.

La maladie qu'Underwood appelle induration du tissu cellulaire (*induratio telæ cellulosæ*) a été trouvée complétement développée chez plusieurs enfants nouveau-nés. — Il y a des cas de scarlatine et de varioles communiquées au fœtus dans l'utérus. Montgomery, Vogel, Rosen et Guersant mentionnent des cas semblables.

La variole peut être communiquée au fœtus, non-seulement lorsque la mère en est affectée, mais encore cette communication peut avoir lieu, la mère étant parfaitement saine.

On trouve, dans vingt-huitième volume des *Philosophical Transactions*, l'histoire d'une femme qui, atteinte d'une variole légère, accoucha d'un enfant mort, dont tout le corps était couvert de pustules varioliques.

On lit une observation semblable dans le quarante-sixième volume du même recueil. Une femme enceinte, d'ailleurs parfaitement saine, prodiguait des soins assidus à sa domestique affectée de variole. Elle accoucha ensuite d'une fille bien constituée, dont la peau offrait des traces évidentes de variole qui avait parcouru tous ses stades. Quatre ans après, cette enfant, ainsi que son frère, fut soumis à la vaccination. Chez ce dernier, l'éruption parcourut régulièrement ses périodes; tandis que sur le bras vacciné de la fille il ne se manifesta ni inflammation ni suppuration. Le dixième jour de l'inoculation, elle devint tout à coup pâle, se sentit très-faible durant deux jours, et eut ensuite un retour subit à la santé. Il se montra, aux environs de la piqûre, une pustule tout à fait semblable à celles qu'on remarque chez les personnes vaccinées, antérieurement atteintes de variole. — Ce cas prouve, d'une manière incontestable, que la variole peut être, par voie de contagion, communiquée au fœtus dans l'utérus. Mauriceau et Van-Swieten racontent une observation semblable d'eux-mêmes. — Hunter croyait qu'il y avait deux manières de communiquer la variole au fœtus dans l'utérus, 1° par l'infection même de la mère, 2° par voie de communication indirecte, lorsque la mère, ayant reçu le virus d'une autre personne, le transmet à l'enfant.

Ainsi, des observations incontestables démontrent que la variole est transmissible au

fœtus, lors même que la mère n'est pas atteinte de maladie. Celui qui voudrait en douter n'a qu'à lire deux observations intéressantes publiées dans le premier volume des *Transactions médico-chirurgicales* de Londres; il pourra alors se convaincre que le fœtus est susceptible d'être infecté de virus sans que la mère soit malade, et sans pouvoir indiquer rigoureusement l'origine de l'infection.

Le virus syphilitique est souvent communiqué au fœtus par l'intermédiaire du sang de la mère. Il arrive alors, ou que le fœtus est expulsé avant le terme dans un état presque putride, ayant l'épiderme desquammé, ou qu'il naît vivant, atteint d'éruptions syphilitiques, de gonorrhée, d'ophthalmie purulente. Quelquefois, ces enfants ainsi infectés naissent avec une apparence de santé et la maladie ne se déclare que plusieurs semaines après la naissance. On remarque des taches cuivrées d'inégale étendue sur toute la surface du corps, et l'épiderme se desquamme sans être précédé de phénomènes inflammatoires bien sensibles. « Ces taches cuivrées, dit Laurence, se voient surtout à la face, qui offre alors un aspect repoussant; on remarque des fissures aux lèvres, des aphthes sur la muqueuse de la bouche, et une sensibilité extrême aux paupières; les narines sont enflammées, douloureuses, et une mucosité épaisse et jaune s'écoule du nez, ce qui apporte des entraves à la respiration. A ces symptômes se joint un amaigrissement extrême; l'enfant devint chétif, présentant tous les signes d'un vice constitutionnel; et, si la maladie n'est pas promptement éloignée, l'enfant périt. La maladie cède à un traitement mercuriel, combiné avec une alimentation convenable. En général, la gestation des femmes affectées de symptômes secondaires de syphilis ne va pas jusqu'à terme, et l'expulsion du fœtus suit d'ordinaire sa mort. Quelquefois les enfants naissent avant le terme, ayant péri par suite de la syphilis, bien que la mère n'en eût jamais été atteinte à aucune époque de sa vie. Ceci a été contesté; quant à moi, je ne doute nullement de la possibilité de ce fait. Le vice syphilitique peut être comme la variole, communiqué à l'enfant par le père, si toutefois, comme le suppose Astruc, il n'a été déjà introduit avant le moment de la conception.

Un phénomène remarquable, c'est le long intervalle qui s'écoule entre la guérison apparente de la syphilis chez les parents, et la manifestation de ses symptômes chez les enfants. Un homme peut, pendant 15 ans, et même pendant plus longtemps, ne présenter aucun symptôme de mal vénérien; sa femme peut, sous les apparences d'une santé parfaite, avoir le sang tellement vicié, que tous les enfants qui en naissent offrent des symptômes secondaires non équivoques et meurent de bonne heure d'affection syphilitique. On comprend difficilement comment on a pu douter de la transmissibilité de la syphilis au fœtus, ou par quels motifs Abernethy soutenait que le fœtus n'est atteint de syphilis qu'après le 6e mois.

Mauriceau a exposé avec détails les symptômes et le traitement de la syphilis pendant la grossesse. Il savait qu'un enfant affecté de syphilis peut communiquer ce mal à la nourrice, et il proposait, dans ce cas, de remplacer la nourrice par une chèvre. Hey raconte un cas analogue dans le 7e volume des *Transactions médico-chirurgicales* de Londres.

Une femme atteinte de syphilis devint enceinte et continua l'emploi du traitement antivénérien jusqu'au 5e mois de sa grossesse. A la fin du 7e mois, elle accoucha d'un enfant mort. Je fus présent à l'accouchement et je ne constatai aucun indice de maladie dans le vagin et dans les parties environnantes. La femme m'assura elle-même que ces parties n'avaient jamais été malades, et qu'avant sa dernière grossesse elle avait déjà mis au monde 3 enfants bien portants. Bientôt après, elle devint de nouveau enceinte; et, jouissant de la meilleure santé, elle accoucha d'un enfant en apparence parfaitement sain, qu'elle nourrit elle-même.

Lorsque l'enfant fut âgé de 6 semaines, il se déclara sur les bras et les cuisses une éruption de nature évidemment syphilitique. Je prescrivis immédiatement à la mère et à l'enfant un traitement mercuriel (sublimé pour la mère et *hydrargyr cum creta*). L'enfant fut bientôt délivré de son éruption; cependant le médicament fut continué encore pendant quelque temps. Au bout de quelques mois, il se manifesta, chez la même enfant, 2 ou 3 petits ulcères à la face externe des grandes lèvres, ce qui me fit reprendre le traitement mercuriel, augmenté d'une petite dose de sublimé. Les ulcères disparurent bientôt; mais, quelque temps après, les narines devinrent douloureuses et la voix de l'enfant enrouée. Le traitement mercuriel fut de nouveau repris et continué pendant 2 mois. L'année suivante cette femme accoucha de nouveau d'un enfant conservant pendant quelques semaines toute l'apparence de la santé. Il se manifesta ensuite sur la peau des taches cuivrées qui disparurent sous l'influence d'un traitement mercuriel; mais, au bout de quelque temps, ces taches réapparurent accompagnées cette fois d'un petit ulcère à la face externe des grandes lèvres. L'enfant fut de nouveau soumis au traitement mercuriel, et la guérison ne tarda pas à s'établir.

Je ferai observer en terminant que, dans tous les cas de syphilis existant pendant la gestation, que les symptômes soient primitifs ou secondaires, il est nécessaire d'employer le mercure et la salsepareille, en un mot, d'avoir

recours à tous les moyens antisyphilitiques en usage. Les pilules bleues ou *hydrargyri cum creta* paraissent être les préparations mercurielles les plus convenables. Je n'ai point trouvé que le mercure agisse sur les enfants comme un poison, ainsi que quelques médecins l'ont prétendu et comme je le croyais autrefois moi-même. Il est difficile de comprendre pourquoi le mercure serait nuisible à l'enfant dans l'utérus, en même temps qu'il aurait le pouvoir de détruire le virus syphilitique chez l'enfant après la naissance.

Fièvre variolique sans éruption,

Par G. Richelot, docteur en médecine, etc.

Observation 1.

Maître, petite fille de huit à neuf ans, non vaccinée, présent, le 12 novembre 1842, les premiers symptômes de la variole, qui régnait à cette époque dans le quartier. La maladie suivit ses phases ordinaires d'une manière bénigne. La guérison se fit sans obstacles.

Observation 2.

Louis Maître, frère de la petite fille dont l'histoire précède, âgé de quatorze ans et demi, vacciné avec un succès évident à l'âge de trois ans, tombe malade le 26 novembre 1842, quatorze jours après sa sœur. Sa maladie débute par les symptômes suivants : céphalalgie; douleurs dans les hypochondres et à l'épigastre, nausées, vomissements, fièvre (plus de 120 pulsations), insomnie et agitation la nuit; les yeux sont enflammés. Le 30 au matin, cinquième jour de la maladie, de petits boutons rouges, coniques, dépassant à peine le niveau de la peau, apparaissent à la face, au tronc et sur les membres. Ils sont peu abondants et très-éloignés les uns des autres. Les yeux sont encore enflammés; pas de mal de gorge; langue blanche, mais humide; pouls à 92; un peu d'abattement. Le traitement se borna au repos, à l'abstinence d'aliments et à quelques tasses d'infusion de violettes. Tout semblait annoncer le développement d'une variole discrète ou d'une varioloïde; il n'en fut rien. L'éruption ne fit pas le moindre progrès, elle avorta complétement. Les symptômes se dissipèrent rapidement, et en peu de jours la guérison fut complète.

Observation 3.

Alexandre Maître, frère des deux malades précédents, âgé de onze ans et demi, a été vacciné à six mois. Comme sur son frère, on voit à ses deux bras des traces évidentes d'une bonne vaccine. Le 28 novembre, deux jours après son frère, seize jours après sa sœur, il est pris de céphalalgie, de douleurs dans les membres, de nausées, de vomissements et d'assoupissement. Ce dernier symptôme était très-prononcé. Le 30, troisième jour de la maladie, assoupissements; pas de vomissements; langue blanche, mais humide; pouls à 120; pas un seul bouton; pas d'ophthalmie. Le traitement fut aussi simple que pour le cas précédent; les symptômes se dissipèrent graduellement. Guérison prompte.

N'est-ce pas une chose curieuse et intéressante, remarque l'auteur, que la manière dont le principe variolique épidémique a agi sur ces trois enfants, couchant dans la même chambre, soumis aux mêmes influences de toute nature, mais dont les deux derniers seulement ont été vaccinés? Chez ces trois malades, les symptômes généraux ou constitutionnels sont identiques; mais chez la petite fille, qui, du reste, n'a point été vaccinée, ils sont suivis du développement d'une variole parfaitement caractérisée, tandis que, chez les deux garçons, ces symptômes généraux, c'est-à-dire la *fièvre variolique*, sont tout ce qu'on observe, les symptômes locaux, en d'autres termes la variole proprement dite, étant nuls. D'ailleurs la maladie, qui se présentait au début avec l'apparence d'une affection très-grave, se dissipa rapidement, et ne fut, en définitive, qu'une maladie légère. Ce qui est digne de remarque, c'est cette espèce de tentative d'éruption qui avorte complétement chez le plus âgé des deux garçons. Ces boutons avortés ont beaucoup d'analogie avec les boutons avortés que l'on obtient dans la plupart des cas où l'on vaccine un sujet déjà vacciné avec succès. Relativement à l'âge des deux garçons, il importe de noter que l'aîné avait été vacciné à trois ans, c'est-à-dire onze ans et demi avant l'époque de sa fièvre variolique, et le jeune à six mois, c'est-à-dire onze ans avant sa maladie. Leur vaccination datait donc, à quelques mois près, de la même époque, et l'on ne pourrait invoquer la différence d'âge pour expliquer le commencement d'éruption chez l'aîné, tandis que le plus jeune n'offrit rien de semblable, et paraît être, si l'on peut ainsi dire, encore mieux préservé.

(*Archives de Médecine.* — Avril 1844.)

Éléphantiasis des Grecs.

Suivant M. Danielssen, médecin de l'hôpital Saint-Georges, à Bergen, en Norwége, l'éléphantiasis des Grecs, qui règne endémiquement dans une partie de ce royaume depuis

un demi-siècle, ne dépasse pas la portion du littoral comprise entre les 60° et 70° de latitude. Cette maladie, non contagieuse d'ailleurs, paraît héréditaire, et s'attaque aux classes les plus pauvres de la population. Elle croît en intensité à mesure que le nombre des générations qu'elle parcourt augmente. La variété à forme *tuberculeuse* a été observée chez l'enfant naissant. L'éléphantiasis se présente également sous une autre forme (*éléph. anesthète*). Quant à une troisième forme admise par quelques auteurs, elle n'a rien de réel, et résulte de la complication des deux premières entre elles, ou avec d'autres affections cutanées. Toutes les conditions de misère et de malpropreté peuvent amener le développement de cette maladie. Dans le grand nombre d'autopsies d'individus morts de l'éléphantiasis tuberculeux que M. Danielssen a eu occasion de faire, il a trouvé, dans le derme et le tissu cellulaire, des masses dures, jaunâtres et granulées, qui en détruisaient la structure. Des masses semblables se sont rencontrées dans les parois des veines sous-cutanées, dans les yeux, le larynx, la trachée et les bronches, dans les plèvres, le foie, la rate, l'utérus, et dans les intestins; mais, chose remarquable, les poumons en sont ordinairement exempts. Quelques autopsies, pratiquées dans le cas d'éléphantiasis anesthète, ont montré la peau atrophiée en quelques endroits à un très-haut degré, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles presque entièrement détruits, et quelques tendons fortement rétractés; les autres organes étaient à l'état normal. Les moyens de traitement employés jusqu'ici ont complétement échoué. Une fois développée, cette maladie tend vers une terminaison funeste, sans qu'il soit possible d'en enrayer la marche. (*Compte rendu de l'Académie des Sciences.*)

USAGE DU SULFATE DE FER DANS PLUSIEURS MALADIES DE LA PEAU.

Le docteur Dauverger a trouvé une certaine efficacité au sulfate de fer, surtout dans la mentagre, la gutta rosacea, le sycosis menti, et l'acné de Willan, même lorsque l'éruption pustuleuse est arrivée à son plus haut degré. Il emploie ce médicament de diverses manières, soit en lavant les pustules, soit en appliquant dessus un linge trempé dans la solution ferrugineuse, soit enfin en les saupoudrant avec une poudre du sel indiqué, mélangée avec du charbon. Les proportions qu'il emploie dans les trois modes d'application sont, pour le premier:

Sulfate de fer.	25 grammes.
Eau distillée.	200 grammes.

Pour le second :

Sulfate de fer.	50 grammes.
Eau distillée.	200 grammes.

Pour le troisième :

Sulfate de fer.	10 grammes.
Charbon.	33 grammes.

L'auteur prétend avoir vu guérir en deux jours par ce moyen, des éruptions cutanées rebelles jusqu'alors à tout autre traitement. Il n'est pas toujours nécessaire d'employer les trois espèces de préparations. Tantôt il suffit de laver deux ou trois fois le jour les parties affectées avec la première solution; tantôt on est obligé d'avoir recours aussi à la seconde, et il n'est nécessaire de se servir de la troisième que lorsque l'éruption ne veut pas céder aux lotions.

(*Osterreich : med : Wochenschrift*, janvier, 1844.)

ÉRUPTION PRODUITE PAR L'IPÉCACUANHA.

Le docteur Turnbull a vu les frictions sur la peau avec de l'onguent d'ipécacuanha produire une grande quantité de petites pustules indolentes qui ne suppurent pas, et ne laissent après elles aucune cicatrice, comme cela a lieu avec la pommade émétisée. L'éruption a la forme de l'herpès et détermine du prurit et de la chaleur. L'auteur a profité de cette propriété pour employer la pommade avec avantage dans les affections du poumon, et les palpitations de cœur de cause nerveuse, et n'a jamais observé ni vomissements ni nausées; il ajoute que l'absence de suppuration et de cicatrices permet d'en faire au besoin l'application sur le visage.

Voici la formule de cette pommade :

℞ Poudre d'ipécacuanha } Huile d'olive. . . . . }	de chaque, 8 gr.
Axonge.	16 gr.

Ou bien :

℞ Emétine.	75 gr.
Alcool.	gut. xv.
Axonge.	16 gr.

F. S. Une pommade dont on fait deux frictions par jour sur la partie malade.

(*Americ. journ. of. mad, se.*)

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

1re ANNÉE. — 1er VOLUME. — N° 11. — JUIN 1844.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DES ENGORGEMENTS SYPHILITIQUES DES TESTICULES (SUITE ET FIN).

Tant qu'il ne s'est agi que de l'orchite aiguë, j'ai pu presque constamment marcher avec les faits, et lorsque mes opinions ne se sont pas fondées sur leur autorité immédiate, elles en découlaient si rationnellement, qu'il aurait suffi à tout esprit droit de réfléchir quelques instants au sujet pour en voir immédiatement la légitimité. Il ne me sera plus permis, à propos de l'orchite chronique, de procéder avec la même assurance, ni d'arriver à la même certitude. Dans la première partie de mon travail les faits étaient nombreux, les événements suivaient de près leurs causes, et la relation des uns et des autres était facile à saisir; les opinions sur les causes, la nature, etc., de la maladie, étaient sinon toutes vraies, au moins presque toutes émises; il ne restait qu'à les juger. Dans la partie que j'aborde aujourd'hui, tout est encore à faire; c'est un champ qui, bien que signalé par plusieurs des auteurs qui nous ont précédés, est néanmoins demeuré presque complétement vierge jusqu'ici; et même l'on peut dire que ceux qui ont fait quelques efforts pour le déblayer, n'ont guère réussi qu'à l'encombrer davantage. Il suffira de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de la science, pour se convaincre de la réalité des propositions précédentes.

En remontant jusqu'à Astruc, un des auteurs les plus érudits et les plus judicieux pour l'époque où il vivait, on voit que cet illustre médecin avait de l'orchite chronique une idée beaucoup plus nette que la plupart des médecins de nos jours. Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« La spermatocèle, qui est comme le principe des autres hernies humorales, vient de deux causes : 1° du séjour de la semence dans les vaisseaux spermatiques des testicules; ce qui arrive lorsqu'une gonorrhée qui coule est arrêtée tout à coup par une injection astringente, par un excès de vin, par l'exercice du cheval, par un commerce avec les femmes, par la fièvre; 2° de la congestion d'une semence trop visqueuse dont ces vaisseaux sont engorgés; ce qui arrive lorsque le sang est infecté d'un levain vérolique, qui cause dans la semence un épaississement vicieux. La première espèce de spermatocèle, qui arrive souvent dans la gonorrhée, est moins fâcheuse, en ce qu'elle ne dépend que

d'une simple stagnation; aussi, dès qu'on rétablit le flux de la gonorrhée, en procurant une issue à la semence qui séjournait, se dissipe-t-elle ordinairement d'elle-même. La seconde espèce est plus difficile à guérir; car, comme elle est produite par la vérole, la congestion qui ne s'est fait que lentement forme une tumeur plus dure, et par conséquent plus difficile à résoudre.» (ASTRUC, *Traité des maladies vénériennes*, deuxième édition, tome IV, p. 384.)

Ailleurs Astruc dit encore :

« S'il arrive même que la semence des testicules vienne à contracter, par le mélange du virus, un trop grand degré d'épaississement, elle ne pourra parcourir les détours et les replis tortueux des vaisseaux spermatiques dans les testicules, ni des testicules remonter jusqu'aux vésicules séminaires; ce qui causera différentes espèces de tumeurs dans les testicules; si la semence qui croupit, et qui s'accumule dans les vaisseaux spermatiques, les distend, elle produira un spermatocèle; si le sang arrêté alors dans les ramifications des veines, vient à les gonfler, il arrivera un varicocèle; si la lymphe, à force d'être retenue, donne lieu à des excroissances dans quelque endroit de la substance des testicules, il se formera un sarcocèle; enfin, si le séjour du sang ou de la lymphe en fait séparer de la sérosité, ou des vents qui se répandent dans la tunique vaginale, il surviendra un hydrocèle, ou un pneumatocèle. » (ASTRUC, *Traité des maladies vénériennes*, deuxième édition, tome IV., p. 37.)

A part ces explications fantastiques qui étaient autrefois l'accompagnement et comme l'ornement nécessaire du style scientifique, on voit qu'Astruc connaissait plusieurs formes d'orchite vénérienne; mais, suivant l'habitude de son époque, il s'abstient des détails descriptifs les plus indispensables, et les remplace par des explications qui ne servent qu'à défigurer la vérité. Il est cependant facile de se convaincre qu'une de ces formes était attribuée par Astruc à la vérole confirmée; opinion qui, répétée depuis pas Astley Cooper, a concouru pour une bonne part à fonder la réputation de ce chirurgien. Du reste, Astruc, comme il aurait été facile de le prouver en citant quelques autres passages de lui, attribue les différentes formes d'orchite presque toujours à la gonorrhée, qu'elles fussent ou non le symptôme concomitant de la vérole constitutionnelle.

Les indications données par Astruc sont demeurées à peu près stériles. Hunter ne dit rien de l'orchite chronique, soit comme maladie locale, soit comme résultat d'une vérole confirmée; et en cela il est imité par la plupart des auteurs qui l'ont suivi, comme il imite lui-même la plupart de ceux qui l'ont précédé. Benjamin Bell n'a que peu insisté sur l'orchite chronique en tant qu'orchite blennorrhagique; mais nous verrons plus tard qu'il en a beaucoup parlé lorsqu'on interprète ses paroles d'une manière conforme à la réalité des choses. Voici ce qu'il dit à propos de l'orchite : « Telle est la terminaison (la résolution) ordinaire de cette maladie (de l'orchite). Dans quelques cas cependant, communément lorsque l'on n'a pas observé un genre de vie convenable, tout le corps du testicule reste tuméfié, et la tumeur résiste absolument à tous les remèdes qui réussissent ordinairement. Si l'on ne tente pas alors d'en diminuer promptement le volume par quelque application convenable, et si on la laisse pendant un certain temps au même degré, elle est très-sujette à rester volumineuse, et à garder même une dureté squirrheuse tout le reste de la vie. C'est surtout quand la maladie est à ce point, qu'il est à craindre qu'elle ne se termine par l'hydrocèle ou par l'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale du testicule; cet épanchement accompagne même quelquefois ces sortes de tumeurs. Quand le mal est à ce degré, on emploie communément le mercure : ce remède, donné à très petites doses comme altérant, m'a paru utile dans quelque cas; mais il est douteux que l'on puisse faire subir un traitement mercuriel complet au malade; car quand la tumeur résiste, ce qui est très-ordinaire, ce moyen est très-sujet à la faire augmenter, et à y exciter de la douleur et de l'irritation, lorsqu'il n'en existait pas avant. Il faut donc, si l'on prescrit le mercure, que ce soit à si petite dose qu'il ne puisse accélérer la circulation, ni exciter la fièvre. » (*Trait. de la gonorrhée vir.*, etc., t. I, p. 441 et suiv.)

On voit que Bell insiste peu sur la marche et le diagnostic de l'orchite chronique, qu'il considère et qu'il doit considérer à son point de vue comme une maladie peu importante; à propos de son traitement, il

ne conseille le mercure qu'avec parcimonie et même une certaine hésitation, convaincu qu'il est que la blennorrhagie et ses divers modes d'expression ne sont pas de nature syphilitique, et que d'un autre côté il considère comme manifestement syphilitiques les affections dans lesquelles le mercure agit puissamment. Tout son embarras, sa fausse position, vient de la fausseté de sa doctrine sur l'existence du double virus. Au reste, son traducteur et commentateur a encore exagéré ses craintes, dans une note fort peu française et encore moins médicale, dans laquelle il est dit que plusieurs fois ces tumeurs (engorgement blenn., chron. du testicule) se sont irritées à la suite de l'administration du mercure, et que les malades *sont péris*.

Swédiaur, qui ne partageait pas les erreurs de Bell et de son école, a mieux apprécié le véritable état des choses; et l'on trouve chez lui des idées, incomplètes sans doute, mais très-judicieuses sur l'orchite chronique, à laquelle il consacre un chapitre spécial sous le nom de : *Endurcissement et autres maladies des testicules*. Voici un extrait de ce chapitre :

« Il arrive *bien souvent* que les symptômes (de l'orchite aiguë) laissent en se dissipant un endurcissement chronique de cette partie, qui exige un traitement particulier.

« Cet endurcissement qu'on nomme communément *squirre* des testicules (*scirrhus testiculi*), arrive lorsque la tumeur de l'épididyme a été mal traitée, ou ne l'a pas été du tout. Le même accident arrive aussi quelquefois après une inflammation du testicule, provenant d'une cause quelconque, soit interne, soit externe ; et pour lors les deux testicules sont quelquefois également affectés.

« J'ai trouvé dans de pareils cas que *l'épididyme était toujours très-dur et enflé, et que le testicule endurci était aussi quelquefois enflé, mais plus souvent diminué en grosseur*, et, pour ainsi dire, resserré dans sa substance. Cette affection est quelquefois accompagnée d'une sensation tensive et douloureuse ; d'autres fois il n'y a aucune douleur. Le testicule ainsi affecté est, selon les observations des malades, évidemment sans action dans le coït, et le malade est incapable d'engendrer, si les deux testicules sont attaqués dans cette maladie.

« Ce mal reste rarement longtemps sans dégénérer. Il produit alors une dilatation ou tumeur des vaisseaux sanguins du cordon spermatique et du testicule, connue sous le nom de varicèle ou cirsocèle (du grec κυρσος, varix, et κηλη, tumor, c'est-à-dire tumeur variqueuse). D'autres fois il produit une excressence ou tumeur *inégale et dure du testicule*, qu'on appelle communément sarcocèle (du grec σαρκός, caro, et κηλη, tumor). A ces maux, il se joint le plus souvent une dilatation vicieuse des vaisseaux lymphatiques, du cordon spermatique, dans toute leur longueur jusqu'aux reins, qui deviennent à la fin pareillement affectés ; ou enfin cette tumeur se change en un véritable cancer. Il ne faut donc rien négliger pour exciter promptement la nature à discuter et à résoudre cet endurcissement le plus tôt possible. » (Swédiaur, *Traité complet, etc., des maladies syphilitiques*, tome I, p. 142.)

Depuis Swédiaur on n'a rien ajouté à l'histoire de l'orchite chronique (1), et même ses successeurs n'ont pas toujours profité des connaissances qu'il leur avait léguées. Le traité de M. Lagneau, si complet sous beaucoup de rapports, ne renferme rien sur l'orchite chronique ; il en est de même du *Traité* prétendu *pratique des maladies vénériennes*, de M. Ricord, et presque de même encore de l'ouvrage infiniment plus scientifique de M. Baumès ; cependant il semble que la lacune de l'ouvrage de M. Baumès tienne moins à un défaut d'observation de sa part, qu'à l'opinion mal fondée, selon moi, que l'orchite chronique ne devrait point faire partie de son domaine. Voici en effet ce qu'on lit à la page 129 de la seconde partie de son traité : « L'inflammation peut passer aussi à l'état chronique, ce qui n'arrive guère que par la négligence, les fautes du malade ou le défaut d'un traitement convenable. Dans ce cas le testicule et ses dépendances peuvent offrir plus tard les divers états d'hypertrophie, de dégénérescence, de transformations, etc., que l'on considère, en pathologie chirurgicale, en traçant l'histoire

(1) On pourrait faire une exception en faveur d'Ast. Cooper, qui dans le chapitre consacré à l'orchite chronique simple, fait en partie l'histoire de l'orchite blennorrhagique chronique; mais les particularités qui concernent cette espèce d'orchite sont tellement masquées et comme perdues au milieu d'une foule de détails étrangers ou imaginaires, que ce chapitre est beaucoup plus propre à obscurcir qu'à éclairer la maladie dont il est ici question.

du sarcocèle, ce dont je ne dois pas m'occuper ici.

« Toutes ces variétés des suites de l'épididyme ou orchite blennorrhagique peuvent se confondre plus tard avec les variétés du testicule vénérien proprement dit, symptômes de syphilis constitutionnelle dont je parlerai plus tard. »

Il me semble qu'après ce court historique que j'aurais pu allonger beaucoup plus sans grand profit pour l'éclaircissement de la question, on ne sera pas loin de partager l'opinion que j'exprimais en commençant, c'est-à-dire que l'histoire de l'orchite blennorrhagique chronique est encore un sujet presque vierge à traiter. Aussi demanderai-je au lecteur toute son indulgence pour ce que je vais en dire, mes observations étant encore trop peu nombreuses pour que je puisse décrire cette affection avec toute l'étendue, toute la précision qu'exigerait son importance. Rien en effet n'est plus important que le diagnostic de cette forme d'orchite, car de lui dépend, non-seulement l'existence d'un ou des deux testicules, mais encore le pronostic que l'on est appelé à porter sur l'état ultérieur des malades qui en sont atteints.

L'orchite chronique est rarement primitive; presque toujours elle succède à l'aiguë, soit d'une manière immédiate, soit, et c'est le cas le plus fréquent, d'une manière médiate. Dans le premier cas, qui est le plus facile à apprécier, l'orchite aiguë devient indolente à peu près vers l'époque habituelle, mais la tuméfaction persiste malgré tous les moyens employés, quelquefois même elle augmente sans pour cela s'accompagner de douleurs ni même d'une sensibilité plus grande aux impressions des corps extérieurs. Dans le second cas la résolution de la tumeur se fait d'une manière presque complète, ou même tout à fait complète au moins en apparence, et les malades se croient entièrement guéris. Ils reprennent leurs occupations, et ce n'est que trois ou quatre mois, quelquefois un, deux ou trois ans plus tard, qu'ils s'aperçoivent d'une tumeur dans les testicules; celle-ci est alors parvenue à un assez grand degré de développement, attendu qu'elle ne frappe l'attention des malades que lorsqu'elle les incommode par son poids ou par son volume, n'étant ordinairement que peu ou point douloureuse. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans le seul cas d'orchite chronique, dès le début ou orchite chronique *primitive* qu'il m'ait été donné d'observer, celle-ci n'a point débuté à l'époque où se manifeste l'orchite aiguë, mais bien à l'époque où survient l'orchite chronique secondaire. J'ai déjà eu l'occasion de mentionner la fréquence de l'hydrocèle à la suite de l'orchite aiguë; aussi voit-on souvent l'orchite chronique s'accompagner d'épanchement de liquide dans la tunique vaginale; quand cette complication est portée à un degré considérable de développement, ou que seulement elle attire l'attention d'une manière particulière, il arrive souvent que l'orchite n'est aperçue qu'au moment où l'on pratique l'opération de l'hydrocèle, et ce n'est pas toujours sans un certain danger pour les malades; car si la quantité de liquide est beaucoup plus faible qu'on ne le pensait d'abord, et si en même temps l'engorgement du testicule est dans les conditions opposées, il est à craindre que le chirurgien ne se décide à pratiquer la castration.

Dans l'orchite chronique les parties affectées sont les mêmes que dans l'orchite aiguë, à l'exception néanmoins du cordon testiculaire, qui est beaucoup plus souvent sain dans la première que dans la dernière forme. L'épididyme est beaucoup plus volumineux que dans l'état naturel; il est dur, quelquefois lisse à sa surface, plus souvent inégal et offrant des noyaux où l'induration est beaucoup plus prononcée qu'ailleurs; le testicule est d'un volume beaucoup moins considérable, proportion gardée; il se trouve ordinairement placé et comme enchâssé à la partie antéro-inférieure de l'épididyme, qui semble comme déprimé pour le recevoir; quelquefois les bords de la dépression formée dans l'épididyme se terminent en s'amincissant graduellement, et alors les deux organes ne forment qu'un tout homogène dans lequel il est difficile de distinguer les différents éléments qui concourent à le former. Néanmoins, avec beaucoup de soin, on peut encore y parvenir dans un bon nombre de cas; et cela est d'une importance extrême, puisque c'est quelquefois le seul moyen capable d'éclairer le diagnostic. L'homogénéité de la tumeur est en effet très-rarement parfaite, et pour mon compte je ne l'ai jamais rencontrée telle; le testicule est

toujours un peu, et souvent beaucoup moins dur que l'épididyme ; et si l'on parcourt attentivement avec l'extrémité des doigts toute la surface de la tumeur, on ne tarde pas à rencontrer un point moins résistant que les autres ; si ce point occupe la place habituelle du testicule, et si en pressant un peu fortement sur lui on détermine une douleur semblable à celle que produit la pression sur le testicule sain, on peut être certain que c'est cet organe que l'on palpe. Dans quelques cas ce point non-seulement est plus mou que les autres, mais encore il l'est beaucoup plus que le testicule sain ; il donne une sensation de fluctuation obscure, et peut en imposer pour un foyer de ramollissement ; cette sorte de ramollissement du testicule ne paraît pas avoir de gravité spéciale, et dans les cas que j'ai vus il a toujours repris sa consistance normale.

Le volume de la tumeur est très-variable ; il peut égaler celui de la tête d'un fœtus à terme, mais il se borne ordinairement à celui d'un œuf de dinde. La surface, ainsi que je l'ai dit, est assez souvent irrégulière, mais elle peut être à peu près parfaitement lisse, surtout quand la tumeur a acquis un grand développement ; mais dans ces cas, aussitôt que la résolution commence, les inégalités apparaissent et augmentent de plus en plus à mesure que l'état de la maladie s'améliore.

Dans l'état de repos la partie est presque toujours complétement indolente, et le malade, à raison de cette insensibilité, la touche avec une rudesse qui étonne le chirurgien, selon l'expression d'A. Cooper. Dans la marche ou pendant tout autre exercice corporel, il se manifeste quelquefois de la douleur, quoique dans ces circonstances même la principale incommodité dépende de la gêne mécanique que la tumeur apporte aux mouvements. Les douleurs, quand elles existent, dépendent presque toujours des tiraillements que la tumeur exerce par son poids ; aussi se dissipent-elles, ou au moins diminuent-elles considérablement par l'application d'un suspensoir. Il n'est pas démontré qu'elles prennent jamais le caractère nocturne qui appartient à quelques maladies syphiliques des os.

La maladie se termine habituellement par une résolution incomplète ou rarement complète lorsqu'elle est convenablement traitée ; pour obtenir ce résultat avantageux, il ne faut jamais moins de plusieurs semaines, et plus souvent encore de plusieurs mois ; cependant, lorsque par exception on est appelé à une époque très-rapprochée du début, il peut se faire que la résolution soit obtenue dans l'espace d'une à deux semaines. Si l'on en croit les assertions d'Astley Cooper, il semblerait que l'orchite chronique peut comme l'aiguë envahir un testicule pendant qu'elle abandonne l'autre ; en tous cas ce fait est assez rare, et l'on en conçoit facilement la raison. On observe plus souvent, quoique assez rarement encore, les deux testicules envahis à la fois ou successivement ; ce même fait s'observe également, lorsque par erreur de disgnostic, le premier testicule envahi a été soumis à l'amputation. Il est difficile de dire ce que devient l'orchite chronique abandonnée à elle-même, vu la difficulté qu'il y a à l'observer pendant un temps suffisant ; on trouve dans Astley Cooper qu'elle se termine souvent par des suppurations multiples ; mais comme cet auteur a évidemment confondu l'inflammation tuberculeuse avec l'inflammation blennorrhagique, ses assertions ne prouvent rien quant à cette dernière ; cette terminaison dans tous les cas est extrêmement rare, et ce n'est que dans les cas où elle a lieu que la peau du scrotum finit par participer à la maladie. D'autres auteurs, ainsi qu'on a pu le voir dans le court historique qui précède, n'ont pas fait de difficulté d'admettre la transformation de l'orchite chronique, en tumeur de mauvaise nature, en cancer ; mais ils n'ont fait en cela que payer un tribut aux vieilles idées de routine, sans bien réfléchir si leurs affirmations se fondaient sur des observations précises, et même très-probablement sans se douter à quelles conditions des observations même exactes deviendraient concluantes. Ce qu'il y a de positif, c'est que l'orchite blennorrhagique dure fort longtemps : les malades qui sont assez patients pour continuer un traitement convenable pendant un temps fort long, finissent par guérir à peu près dans tous les cas, en conservant toutefois une légère tuméfaction de l'épididyme ; les autres éprouvent une série qui semble indéfinie d'alternatives d'augmentation et de diminution ; l'amélioration se manifestant chaque fois qu'ils commencent un traitement convenable. et disparaissant lorsque le traitement est prématurément

abandonné. Lorsque plusieurs alternatives ont ainsi été éprouvées par les malades, l'engorgement tend de plus en plus à devenir stationnaire et réfractaire aux moyens de traitement ; cependant dans tous les cas que j'ai vus il y a toujours eu une amélioration sensible lorsque le traitement a été suivi pendant un certain temps avec exactitude.

L'atrophie des testicules est encore une des terminaisons que l'on a attribuées à l'engorgement blennorrhagique chronique; cette terminaison semble plus admissible que les précédentes, bien que les observations connues ne la démontrent pas d'une manière irrécusable.

En dehors du siége, du volume et de la consistance, les caractères anatomiques plus intimes de l'orchite chronique sont fort peu connus, et ont été supposés plutôt que constatés positivement; cependant Astley Cooper dit avoir eu plusieurs fois l'occasion d'examiner des testicules atteints d'inflammation chronique et amputés par erreur de diagnostic : « Lorsque le testicule a été enlevé dans la période qui précède la suppuration, il est, ainsi que l'épididyme, d'un blanc jaunâtre, et d'une dureté considérable. Si l'on fait une section sur un testicule atteint d'engorgement chronique, et si on l'agite dans l'eau, on voit s'échapper un fluide blanc, jaunâtre, des tubes séminifères qui sont extrêmement dilatés, et qui ensuite paraissent vides. Cependant le volume du testicule reste le même, à cause de la fibrine jaune ou lymphe coagulable dont le tissu cellulaire de cet organe est infiltré. La membrane réticulaire est remplie par le même produit de sécrétion que la substance tubuleuse. On le trouve également dans l'épididyme, quelquefois même il distend les vésicules séminales et les vaisseaux déférents. Mais l'effusion, quel que soit son siége, peut être résorbée par l'emploi d'un traitement approprié, et alors le testicule reste capable d'accomplir ses fonctions. Par conséquent, la maladie est susceptible d'une guérison complète.

« Dans un second état pathologique, l'infiltration de lymphe plastique ou adhésive existe en même temps qu'un ou plusieurs abcès du testicule ou de l'épididyme. Sa présence peut aussi coïncider avec une ulcération plus ou moins étendue ; de telle sorte qu'une portion considérable de l'organe est détruite et ne permet plus le retour complet des fonctions de cette partie. Plusieurs abcès se trouvent quelquefois dans le même testicule.

« Troisièmement, il peut exister des trajets fistuleux, qui font communiquer avec l'air extérieur les cavités formées par la suppuration. La semence continuant à se sécréter, les cavités et les tissus adjacents ne peuvent se cicatriser tant que la surface sécrétante n'est pas guérie ou détruite.

« Quatrièmement, dans les cas où il existe une tumeur granuleuse, on observe que les granulations prennent leur origine dans la substance séminifère. Elles sont projetées à travers l'enveloppe ulcérée du testicule ou de l'épididyme, mais plus fréquemment à travers l'enveloppe du premier ; c'est cette hernie des bourgeons charnus qui produit la tumeur qu'on observe si souvent à la suite de l'abcès chronique du testicule. » (Ast. Cooper, p. 436.)

Bien que le chirurgien anglais ait confondu dans cette description l'orchite blennorrhagique et l'orchite tuberculeuse, que les trois derniers états appartiennent évidemment à la dernière espèce sinon en totalité, au moins en grande partie, il est cependant probable que la première moitié de la description se rapporte en partie à l'engorgement blennorrhagique, et, toute mauvaise qu'elle est, elle semble au moins prouver que tant qu'il n'y a pas de suppuration dans le testicule, on peut espérer de lui voir reprendre l'intégrité de ses fonctions. Or, comme la suppuration, ainsi que je l'ai déjà dit, est très-rare dans le testicule syphilitique, il s'ensuit que l'impuissance sera un accident rare dans cette maladie. Du reste, l'état des fonctions génitales a été fort mal étudié pendant la durée, comme à la suite de l'orchite blennorrhagique. Dans un cas où j'ai pu avoir sur ce point des renseignements précis, et dans lequel un seul testicule était affecté, les appétits vénériens étaient évidemment diminués, et ils devinrent plus vifs après la guérison, quoiqu'ils fussent encore moins vifs qu'avant la maladie. Mais pour bien apprécier l'état de la fonction copulative, il faudrait l'observer chez des malades dont l'affection est double, et les occasions n'en sont pas fréquentes.

L'engorgement syphilitique chronique est tantôt l'unique symptôme de l'infection syphilitique, tantôt il coïncide avec d'autres

symptômes primitifs ou secondaires. C'est cette dernière coïncidence qui en a imposé à plusieurs auteurs, entre autres à B. Bell, à Astley Cooper et à ceux qui ont partagé leurs erreurs, sur la véritable nature de cet engorgement; ces auteurs, en effet, l'ont considéré comme un symptôme constamment secondaire, tandis qu'en réalité il est presque toujours primitif. Ce qui le prouve, c'est que le plus souvent il succède à peu près sans interruption à l'orchite aiguë, et ne s'accompagne pas d'accidents constitutionnels; mais il est évident que, comme assez souvent l'engorgement testiculaire ne se manifeste ou n'est aperçu que plusieurs mois après le symptôme primitif, c'est-à-dire à une époque où les accidents secondaires se développent, il est évident qu'il doit coïncider quelquefois avec ceux-ci; mais, malgré l'assertion contraire d'Astley Cooper et de ses fauteurs, cette coïncidence ne constitue pas la règle générale. L'orchite syphilitique est donc pour moi *un symptôme primitif prolongé*, mais ce n'est point, au moins dans l'immense majorité des cas, un accident secondaire. Cette considération n'est pas sans importance, car les symptômes constitutionnels se transmettant par hérédité beaucoup plus fréquemment que les accidents primitifs, et peut être exclusivement, il en résulterait que tout coït fécondant devrait être interdit pendant la durée de l'engorgement syphilitique chronique, ce qui à mes yeux serait une pratique nuisible et sans but réel.

Le pronostic ressort très-simplement de ce qui précède : l'engorgement blennorrhagique chronique du testicule sera grave en ayant égard à la durée de la maladie; il sera grave quant à la marche, parce que si le malade ne suit pas un traitement convenable et suffisamment prolongé, il s'exposera d'une manière certaine à des récidives, qui deviennent ensuite interminables, et qui pourront finir par abolir les fonctions génitales. Si au contraire le malade à la facilité et la patience de suivre un traitement approprié, la maladie n'offrira que très-rarement de la gravité.

Mais pour porter avec certitude un pronostic aussi favorable sur une tumeur du testicule, il faut être parfaitement édifié sur son diagnostic; c'est là le point capital que je vais tâcher de traiter le plus succinctement et le plus clairement qu'il me sera possible.

Pour arriver à un diagnostic précis, on prendra en considération 1° les antécédents de la maladie; 2° sa fréquence; 3° ses symptômes actuels; 4° son début et sa marche; 5° ses phénomènes concomitants.

1° *Antécédents.* — L'antécédent à peu près constant (1) c'est la blennorrhagie; la connaissance de cet antécédent étant d'une importance extrême, il faudra y insister longtemps et sous toutes les formes, avant de se tenir pour bien renseigné à ce sujet. — Un autre antécédent d'une grande importance, c'est l'existence antérieure d'une orchite aiguë; si cette orchite aiguë surtout a existé du même côté que la tumeur que l'on observe actuellement, il est à peu près certain que celle-ci est une orchite chronique. Enfin on devra, comme dans toutes les maladies, étudier avec soin l'état de la constitution; voir si le malade offre des traces évidentes de scrofules; ou des signes de cancer, etc.

2° *Fréquence.* — C'est encore là une circonstance qui pourrait à la rigueur être rangée parmi les antécédents; elle ne doit être employée à éclairer le diagnostic que dans les cas où tous les autres signes ne peuvent conduire à la certitude; mais dans les cas de ce genre, elle ne laissera pas que de rendre des services signalés. En effet, en l'absence de signes évidents de cancer, de tubercules, d'hydrocèle, de kystes des bourses ou de hernie, on n'aura guère qu'à opter entre une orchite simple et une orchite blennorrhagique: or comme la seconde est beaucoup plus fréquente que la première, on aura par cela même beaucoup plus de probabilités en faveur de celle-là qu'en faveur de celle-ci. Je sais que les observations d'Ast. Cooper sembleraient en opposition avec ce que je dis ici sur la fréquence relative de l'orchite simple et de l'orchite blennorrhagique, mais on verra plus loin que ces observations ne sont pas ce qu'elles semblent être.

3° *Symptômes actuels.* — Les symptômes comprennent : *A* le volume de la tumeur;

(1) Je pourrais même dire constant si je n'avais égard qu'aux faits qui me sont connus; mais je suis très-convaincu que l'infection blennorrhagique peut s'effectuer sans donner lieu à un écoulement urétral ou autre, et je ne vois aucune impossibilité à ce qu'une orchite existe sans avoir été précédée de blennorrhagie, c'est-à-dire d'écoulement.

ce volume a déjà été indiqué, il ne peut servir à rien ou à presque rien dans le diagnostic. — *B* la forme ; ce caractère, également indiqué, fournira des signes d'une très-faible valeur, à moins qu'il ne s'agisse de distinguer la tumeur d'une hydrocèle, d'une hernie, ou d'un kyste du cordon, maladies dans lesquelles la forme est fort différente de celle des tumeurs appartenant en propre au testicule. Cependant si la forme de la tumeur permet de distinguer l'épididyme très-engorgé du testicule presque normal, elle fournira un signe précieux en faveur de l'orchite blennorrhagique. — *C* la consistance ; ce signe est précieux et se réunit au précédent pour faire distinguer l'épididyme du testicule ; par lui on constate d'abord l'absence de fluctuation, et par conséquent l'absence d'une hydrocèle ; si la fluctuation n'était pas très-évidente on pourrait avec succès avoir recours à la ponction indienne, et rechercher la transparence : d'ailleurs, comme j'ai dit que l'hydrocèle compliquait souvent l'orchite, il ne faudra se prononcer sur l'existence de celle-ci que lorsqu'on aura entièrement donné issue au liquide. L'hématocèle se distinguera par les mêmes moyens que l'hydrocèle ; elle aura de plus des antécédents traumatiques presque constamment signalés par les malades. La consistance de l'engorgement est assez uniforme ; elle est considérable ordinairement dans toute l'étendue de l'épididyme, beaucoup moindre au niveau du testicule, où l'on sent même quelquefois comme une fluctuation obscure ; rien de semblable ne s'observe ni dans l'engorgement tuberculeux, ni dans l'engorgement cancéreux ; dans le premier, outre le volume ordinairement peu considérable de la tumeur, sa consistance est partout la même pendant longtemps, et lorsqu'elle vient à changer, c'est par petits points isolés et multiples qu'il se forme des ramollissements ; dans le second, la consistance est partout considérable jusqu'au moment où le ramollissement se manifeste, et alors ce ramollissement se fait par plusieurs points à la fois ; alors si le cordon était sain il s'engorge de plus en plus, la peau rougit, en un mot la maladie s'aggrave, tandis que le rammollissement spécial de l'engorgement blennorrhagique reste le même, ou se manifeste avec l'amélioration de la tumeur, quand d'abord il n'était pas très-évident. Dans les kystes du cordon ou des bourses, le testicule ou l'épididyme sont toujours reconnaissables et à peu près normaux, à moins que ces kystes n'aient pris un grand développement, et dans ce dernier cas, comme la matière qui les remplit est toujours liquide, la ponction lèvera tous les doutes. Il me serait difficile de dire quelle différence existe sous le rapport de la consistance comme des autres caractères de la tumeur, entre l'engorgement blennorrhagique et l'engorgement simple, celui-ci étant, je le répète, très-rare, et encore non décrit. Cette connaissance n'est d'ailleurs que faiblement à regretter, car le diagnostic important est celui qui conduit à un traitement convenable, et surtout qui fait éviter un traitement meurtrier. — *D* l'état de la peau est normal dans l'engorgement blennorrhagique comme dans ceux d'une autre nature ; seulement dans ces derniers il se modifie à une certaine époque, et alors il peut servir à établir le diagnostic, puisque la suppuration dans l'engorgement blennorrhagique est pour le moins extrêmement rare. — *E* l'état du cordon spermatique servira dans un grand nombre de cas à éclairer la nature de la tumeur : ainsi il est évident que dans les hernies et dans les kystes, il offrira un volume hors de toute proportion avec l'épaississement qui résulterait d'une simple tuméfaction du conduit déférent. Dans le testicule tuberculeux on a noté la disposition noueuse, et comme en chapelet de ce conduit ; cette disposition se rencontre en effet assez souvent, mais elle peut manquer, comme aussi elle peut coïncider, quoique plus rarement, avec des engorgements qui ne sont nullement tuberculeux. Quant à l'engorgement cancéreux, il peut exister avec comme sans augmentation de volume du cordon ; cependant cette augmentation existe plus souvent que dans l'engorgement blennorrhagique, et quand elle a lieu elle n'est pas ordinairement bornée, comme lorsqu'elle accompagne ce dernier, au seul conduit déférent sur lequel elle se prolonge beaucoup plus haut. — *F* la douleur, malgré les assertions si souvent répétées, quoique à chaque instant reconnues fausses, ne peut servir que fort secondairement à éclairer le diagnostic ; ces prétendus élancements si caractéristiques du cancer, dus à l'imagination et propagés d'âge en âge par la routine, se rencontrent très-rarement dans cette maladie comme dans les autres, et

pas plus dans la première que dans les dernières. Les douleurs nocturnes sont elles-mêmes extrêmement rares dans l'orchite chronique, et quand elles se rencontrent, elles sont si mal caractérisées, qu'à peine peuvent-elles servir à établir une faible présomption.

4° *Début et marche.*—Quand l'engorgement blennorrhagique chronique a succédé à l'orchite aiguë, le diagnostic est déjà tellement avancé qu'il ne faut plus que bien peu de chose pour le rendre complet ; je suppose donc ici que l'engorgement débute par l'état chronique : eh bien ! dans ce cas encore la maladie fait presque toujours une invasion brusque, et lors même qu'elle ne se développe que graduellement, elle parvient en assez peu de temps à son maximum d'accroissement ; c'est ce qui n'a lieu pour aucune autre maladie chronique des bourses, l'hématocèle et la hernie exceptées ; or avec ces deux dernières le diagnostic sera rarement embarrassant. Pour peu que la maladie date de longtemps, le malade aura déjà fait quelques traitements incomplets, et l'on pourra constater que sous l'influence de chaque traitement la maladie se sera améliorée, et qu'elle se sera reproduite quelques semaines ou tout au plus quelques mois plus tard ; c'est encore là une marche qui ne convient qu'à l'orchite blennorrhagique chronique.

5° *Phénomènes concomitants.*— Plusieurs autres affections peuvent exister en même temps que l'orchite syphilitique chronique, et parmi elles quelques-unes peuvent concourir à éclairer le diagnostic : je placerai en première ligne toutes celles qui accompagnent ou suivent souvent la blennorrhagie, telles que l'arthrite, la prostatite, les retrécissements de l'urètre ; ces affections en traduisant une disposition aux déplacements métastatiques, donnent une probabilité de plus en faveur de la nature blennorrhagique et par conséquent métastatique de l'engorgement. Les symptômes généraux de vérole fournissent une probabilité moindre dans le même sens ; je dis moindre, parceque l'orchite blennorhagique est moins souvent un symptôme secondaire qu'un accident primitif prolongé. Enfin l'absence des affections qui donneraient une probabilité contraire, comme les scrofules, la phthisie, devra être rigoureusement constatée.

Avec les éléments qui précèdent on rencontrera peu de cas dans lesquels on ne puisse pas arriver à un diagnostic positif et j'ajouterai en terminant que l'efficacité, presque inévitable, d'un traitement approprié viendra fournir une nouvelle preuve qui le fixera définitivement, lorsqu'on n'aura pu d'avance lever tous les doutes.

Le traitement de l'orchite est éminemment simple, et heureusement aussi très-efficace. Je vais passer successivement en revue les moyens qui doivent le constituer.

Moyens hygiéniques. — Le repos, sans avoir dans l'orchite syphilitique chronique toute la puissance qu'il a dans l'aiguë, jouit néanmoins d'une grande efficacité, et, bien que la maladie puisse souvent guérir sans qu'on en fasse usage, il contribue cependant beaucoup à en abréger la durée, et dans quelques cas il devient tout à fait indispensable. C'est donc par le repos que je conseillerai de commencer le traitement toutes les fois que la chose sera praticable.

Le régime *digestif* ne me paraît devoir être modifié en rien à moins que le malade ne se livre habituellement à des excès, ou bien à moins que quelque complication ne réclame des indications spéciales. Je ne priverai même pas les malades d'un peu de café ou de liqueur, s'ils ont l'habitude d'en user modérément après le repas. Les médecins s'empressent trop en général, à propos de la moindre maladie, de rompre toutes les habitudes diététiques des malades, et quand par exception ils parviennent ainsi à faire exécuter leurs prescriptions, ils ne réussissent le plus souvent qu'à altérer les fonctions digestives sans aucun avantage pour la maladie qu'ils traitent. C'est là une voie vicieuse sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention, et que je combattrai souvent, parce que je la crois très-nuisible dans le traitement des maladies en général, et dans celui de la syphilis en particulier.

Les observations ne me permettent pas d'émettre une opinion bien arrêtée sur la direction qu'il faut donner au régime *génital*. Si les deux testicules étaient affectés à la fois et qu'il y eût une quasi-impuissance, il est évident que la règle de conduite serait toute tracée, et qu'il faudrait conseiller l'abstinence. Mais c'est là le cas le plus rare ; ordinairement un seul testicule est affecté, et soit qu'il continue à remplir ses fonctions, soit qu'il les ait perdues en par-

tie ou en totalité, les fonctions génitales sont souvent encore assez énergiques ; or dans ces circonstances faut-il imposer silence aux désirs vénériens? faut-il au contraire les satisfaire? J'ai eu l'occasion de voir deux malades qui sur ce point ont suivi une marche diamétralement opposée, et cependant l'un et l'autre sont arrivés à peu près en même temps à une terminaison heureuse de leur maladie. D'où je conclus, jusqu'à démonstration du contraire, que l'influence du régime génital est d'une importance secondaire dans le traitement de l'orchite syphilitique chronique, et que par conséquent on devra surtout le régler sur les habitudes physiologiques de chaque individu, en se maintenant toujours plutôt un peu au-dessous qu'au-dessus du rhythme normal.

Moyens thérapeutiques locaux. — Ces moyens doivent se borner aux topiques résolutifs simplement appliqués, ou combinés, soit avec la compression, soit avec les frictions. L'emploi de l'emplâtre de Vigo est le plus usité, et celui qui remplit le mieux les indications. Quand on met la compression en usage, c'est aussi aux bandelettes de cet emplâtre qu'il faut avoir recours; leur mode d'application sera le même que celui que j'ai indiqué dans le traitement de l'orchite aiguë; il faudra seulement avoir soin de les renouveler chaque jour, attendu que les malades ne peuvent presque jamais garder un repos absolu, le pansement reste rarement bien appliqué pendant plus de 24 heures. Enfin quand on emploiera les frictions, on choisira de préférence l'onguent mercuriel seul ou associé, soit à la belladone, soit à l'opium dans les cas rares où il existe de la douleur. Si l'orchite est compliquée d'hydrocèle, on commencera par évacuer le liquide, et l'on pourra faire l'injection ordinaire dans la tunique vaginale sans crainte d'aggraver la maladie du testicule; il faudra se garder surtout, lorsqu'on trouvera cet organe volumineux, dur et bosselé, d'en faire l'amputation, comme je l'ai entendu conseiller dans une clinique d'hôpital. Les émissions sanguines locales ne m'ont jamais paru nécessaires dans le testicule syphilitique. Les malades que j'ai observés ont tous guéri sans ce moyen; ce ne serait que dans des cas tout particuliers qu'il pourrait devenir indiqué.

Moyens thérapeutiques généraux. — Contrairement à ce qui a lieu pour l'orchite aiguë le traitement général a une influence fort avantageuse sur l'orchite chronique; c'est à cette circonstance sans doute que l'on doit l'idée que certains auteurs se sont faite de l'orchite blennorrhagique, qu'ils ont considérée comme un symptôme constitutionnel provenant exclusivement d'une affection chancreuse, ces auteurs ne pouvant pas comprendre qu'une des formes de la blennorrhagie fût accessible aux moyens curatifs de la syphilis. Je n'entrerai point ici dans les détails du traitement général qui convient de préférence à tout autre; parce qu'il n'est pas absolument démontré qu'il y en est un de supérieur à tous les autres. Je dirai seulement que l'iodure de potassium jouit dans certains cas de propriétés aussi promptement efficaces, que dans quelques maladies du système osseux et fibreux. Toutefois si l'engorgement syphilitique coïncide avec d'autres symptômes de vérole confirmée, il sera toujours indiqué d'employer les préparations mercurielles, qui semblent s'opposer bien plus puissamment que l'iodure de potassium aux récidives de la maladie.

Peut-être aura-t-on été surpris de m'avoir entendu parler si souvent de testicule syphilitique sans avoir plus souvent cité le nom d'Astley Cooper, dont les travaux sur cette maladie ont eu tant de retentissement parmi nous, et auxquels, comme je l'ai dit en commençant ce travail, on s'est empressé d'accorder une si aveugle confiance. C'est qu'en effet Astley Cooper n'a pas décrit la même affection que moi, ou s'il l'a fait c'est assurément sans le savoir. J'ai décrit une maladie qu'on peut observer tous les jours, bien qu'elle ait passé presque inaperçue; tandis qu'Astley Cooper, à le prendre au pied de la lettre, a décrit une affection fort rare et peut-être imaginaire. Cette proposition demande, comme on le comprend bien, à être sérieusement discutée, et c'est pour ne pas rompre la description du testicule syhilitique réel que j'ai renvoyé à la fin cette discussion sur le testicule vénérien problématique.

Avant d'entamer la discussion il ne sera pas sans utilité de jeter une coup d'œil historique sur les faits qui doivent lui servir de base; outre que cet aperçu ne sera point inutile pour la solution de la question, il

nous fournira encore l'occasion de remarquer cette singularité de l'esprit humain, qui se prend d'une belle passion pour une chose dite par un certain homme dans un certain temps, tandis qu'il reste indifférent à la même chose, dite par un autre homme dans un autre temps.

Il semblerait, à entendre les auteurs contemporains, que le testicule syphilitique est une découverte d'Astley Cooper, et qu'avant lui rien n'avait été dit sur ce sujet; or ce chirurgien n'a fait que rapporter, à l'appui d'une erreur professée bien longtemps avant lui, des observations d'une valeur fort équivoque. Nous avons déjà vu qu'Astruc admettait deux sortes de *spermatocèle*, dont l'une était produite par *la vérole*, c'est-à-dire par une infection générale secondaire. A la vérité Astruc croyait que cette sorte de spermatocèle pouvait provenir d'une blennorrhagie, et en cela il avait raison de différer avec Astley Cooper. Mais un auteur dont les idées se rapprochaient beaucoup de celle de ce chirurgien, B. Bell, avait aussi décrit le testicule syphilitique avec beaucoup plus de soin que Cooper lui-même, ce dont personne jusqu'à ce jour n'a eu l'air de se douter. Je crois devoir rapporter ici le passage tout entier de B. Bell.

« La tumeur des testicules survient le plus souvent, lorsque, dans la gonorrhée, l'inflammation se propage le long de l'urètre. Plusieurs médecins ont conclu de là, et quelques-uns ont même assuré que ce symptôme n'était jamais vénérien, c'est-à-dire qu'il était toujours une affection locale, et non l'effet d'aucune maladie de la constitution.

« Je conviens que cela est généralement ainsi, il est même fort aisé, dans la plupart des cas, de s'assurer avec évidence que la maladie est l'effet d'une cause locale, et elle cède avec la plus grande facilité aux applications externes; mais il n'en est pas toujours ainsi, car j'ai vu plusieurs exemples du gonflement du testicule causé par la maladie seule du système.

« Mais comment est-il possible de s'en assurer? objecteront ceux qui doutent du fait. Par le gonflement qui n'est pas précédé de gonorrhée, ni d'aucune injure externe; par les preuves que l'on a que le malade est dans le même temps infecté du virus vénérien; enfin par les effets du mercure, qui dissipe facilement et sans retour la tumeur: elle empire, au contraire, de jour en jour, tant que l'on se borne aux remèdes qui conviennent communément dans le gonflement des testicules produit sur la gonorrhée.

« Ces circonstances me paraissent fournir une conviction complète : je les ai souvent rencontrées, et je crois en conséquence le fait bien constaté.

« La manière même dont ce gonflement s'annonce le distingue de celui qui est l'effet de la gonorrhée ; ce dernier excite, dès qu'il commence à se former, une douleur vive, et l'épididyme est d'abord affectée ; dans le gonflement vénérien, au contraire, le malade ne ressent pendant très-longtemps qu'un léger malaise; la douleur, loin de devenir aiguë à mesure que le mal fait des progrès, est tellement sourde et si peu sensible, qu'on serait tenté de croire qu'elle est principalement l'effet de l'augmentation du volume et de la pesanteur du testicule : le corps du testicule est toujours affecté le premier ; le gonflement enfin ne gagne l'épididyme que quand la maladie a été négligée, ou quand, faute d'en avoir connu la nature, l'on a jugé que le mercure ne convenait pas.

« Ces circonstances seules suffisent pour faire reconnaître ces deux variétés de tumeur : l'on peut cependant ajouter que dans le gonflement causé par la gonorrhée, l'inflammation du testicule s'étend sur le scrotum, le rend rouge et douloureux de très-bonne heure ; dans l'autre espèce de gonflement, le scrotum est au contraire très-rarement affecté ; cela n'arrive même jamais que quand la maladie a subsisté fort longtemps. C'est pourquoi, dans le premier cas, le malade peut à peine souffrir que l'on touche les parties ; dans l'autre, on a beau les manier hardiment, il ne sent que peu ou point de douleur. Dans ce qu'on appelle une hernie humorale, toutes les parties contiguës semblent souvent participer, par sympathie, à la maladie du testicule, car la douleur s'étend jusqu'aux aines, et sur toute la partie supérieure des cuisses et de l'abdomen ; dans le gonflement syphilitique, au contraire, la douleur est entièrement bornée aux testicules ou au cordon des vaisseaux spermatiques. Dans ce cas, le gonflement augmente lentement et peu à peu ; ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'il approche de son plus haut degré, tandis que dans l'autre la tu-

meur acquiert communément en 48 heures toute la grosseur dont elle peut être susceptible. Ceux qui révoquent en doute la réalité du gonflement vénérien du testicule, assurent que quand cet organe devient dur et se tuméfie sans avoir éprouvé aucune violence externe, et sans qu'il ait été précédé de gonorrhée, on doit toujours considérer la maladie comme un vrai squirrhe, qui forme ce que l'on appelle en général un sarcocèle. Mais il s'en faut bien que cela soit ainsi : le sarcocèle se distingue d'ailleurs par quantité de signes très-sensibles de la vraie tumeur syphilitique du testicule. Le premier s'annonce par une dureté du testicule ; il y a, dès le commencement de la maladie, des douleurs vives, lancinantes, dans tout le corps de la tumeur; ces douleurs deviennent peu à peu aussi aiguës que celles que l'on ressent communément dans le cancer. La tumeur, quoique d'abord lisse, est bientôt remplie de nœuds et d'inégalités ; elle attaque ensuite très-constamment le cordon des vaisseaux spermatiques, qui devient lui-même dur, plein de nodosités et douloureux.

« Le gonflement, au contraire, du testicule qui est l'effet du virus syphilitique, paraît très-ferme, mais il n'a pas, à beaucoup près, la dureté qui caractérise le squirrhe; il n'y survient pas de douleurs lancinantes dans les périodes même les plus avancées de la maladie, la tumeur n'est jamais dure et remplie de nodosités; sa surface reste lisse et égale; enfin le gonflement gagne rarement le cordon des vaisseaux spermatiques.

« J'ajouterai à la description que je viens de donner de la tumeur syphilitique, qu'elle abcède quelquefois dans ses périodes les plus avancées, et qu'elle fournit une matière purulente ; mais quand le sarcocèle crève, il n'en sort jamais qu'une sanie ténue, sanguinolente ; comme il arrive d'ordinaire dans le cancer. Les ulcères qui succèdent à ces tumeurs, quand elles s'ouvrent, diffèrent autant entre eux par leurs apparences, que les tumeurs mêmes, dont ils tirent leur origine, diffèrent entre elles. Les bords du sarcocèle ulcéré sont durs, renversés, et offrent toutes les autres apparences qui s'observent communément dans le cancer ; les bords, au contraire, de l'ulcère produit par le gonflement vénérien du testicule, quoique durs, ne sont ni élevés ni renversés ; l'ulcère même est sordide, et couvert d'escharres, comme le sont toujours les ulcères vénériens, mais il n'a pas les apparences du cancer. Quand cette maladie est fort ancienne, il se forme quelquefois dans la tunique vaginale du testicule, des épanchements que l'on pourrait désigner sous le nom d'hydrocèle compliquée. Néanmoins ces épanchements s'observent aussi fréquemment dans toutes les tumeurs du testicule, du même volume et aussi anciennes ; ils succèdent même, dans quelques cas, à la hernie humorale, quoique moins souvent qu'aux tumeurs qui ont subsisté plus longtemps. L'on objectera peut-être que cette affection du testicule n'est ni rare ni difficile à distinguer, et que les détails dans lesquels je suis entré sont superflus ; je les aurais en effet regardés comme tels, si l'on n'avait fortement insisté sur l'opinion contraire, dans quelques nouveaux écrits. Cette raison même ne m'aurait pas déterminé à m'arrêter aussi longtemps sur un objet peu important ; mais celui dont nous venons de nous occuper tient à un grand nombre de circonstances ; *il est en quelque sorte lié à telle théorie que l'on adopte sur la nature du virus vénérien*, et sur les moyens que l'on emploie pour en mettre la constitution à l'abri ; il est en même temps évident que cet objet est très-important pour la pratique. »

(*Traité de la gonorrhée virulente*, etc., par Bell, traduction de Bosquillon, tome II, page 190.)

Il ne serait sans doute pas bien difficile de montrer que Bell dans ce passage n'a fait autre chose qu'une description incomplète de l'orchite blennorrhagique chronique ; que le diagnostic qu'il établit entre l'orchite blennorrhagique et le testicule vénérien, n'est autre chose qu'une distinction entre l'orchite aiguë et l'orchite chronique ; que celui qu'il établit entre le testicule vénérien et le cancer est tout à fait illusoire, etc. ; mais tel n'est pas mon but : il me suffit d'avoir montré que cet auteur a donné, à son point de vue, une histoire fort détaillée du sarcocèle syphilitique. Mais croit-on que Bell soit le seul qui en ait parlé ? Ce serait une grande erreur de le croire. La plupart des auteurs n'ont point décrit à la vérité le testicule syphilitique tel que le conçoit Bell, mais ce n'est pas faute de connaître ce qu'on en avait dit ; c'est tout simplement parce qu'ils n'y croyaient pas. Ainsi Hunter dit que « son expérience personnelle ne

lui a jamais offert un testicule atteint d'une maladie vénérienne (1), soit locale, soit constitutionnelle.» (Hunter, *Tr. Rich.*, page 231, 6e livr.) Swédiaur partage cette manière de voir : « Quelques auteurs, dit-il, parlent aussi d'un gonflement des testicules qui arrive quelquefois après la disparition ou le desséchement des ulcères syphilitiques du prépuce ou du gland. Je ne me rappelle pas avoir jamais observé aucun cas de cette espèce. » (Swédiaur, *Traité complet des maladies vénériennes*, tome I, page 123.) Ainsi donc avant Astley Cooper, les auteurs connaissaient le testicule syphilitique et cependant tous ne l'admettaient pas comme démontré. Il n'est pas supposable cependant qu'une maladie qu'on dit être aussi fréquente ait pu échapper à l'observation de praticiens aussi répandus que l'étaient Swédiaur et Hunter. D'où provient cette dissidence ? C'est que, comme le dit très bien B. Bell, l'opinion que l'on se fait sur le testicule syphilitique est liée en quelque sorte à l'idée que l'on adopte sur la nature du virus vénérien. Ceux qui ont cru à la nature syphilitique de la blennorrhagie, ont trouvé tout naturel que l'orchite chronique coïncidât dans quelques circonstances avec les accidents secondaires de la vérole, et qu'elle cédât aux mêmes moyens ; les autres, au contraire, embarrassés par de semblables faits, ou ne les comprenant pas, ont placé l'orchite chronique dans les accidents secondaires quand elle coïncidait avec d'autres symptômes généraux, et souvent dans les inflammations chroniques simples lorsqu'ils l'observaient seule, et qu'ils ne trouvaient pas d'antécédents chancreux. C'est là uniquement ce qu'a fait Astley Cooper, et ce que se sont empressés d'accepter un grand nombre de médecins, les uns par paresse d'esprit ou instinct d'imitation, les autres par leur ignorance forcée et plus ou moins complète du sujet. Astley Cooper a fait, sans le savoir, deux catégories de l'orchite chronique ; une première avec les orchites qui ne s'accompagnent pas de symptômes constitutionnels, et une seconde avec celles qui sont dans le cas contraire ; la première a servi à former une partie de son orchite simple ; la seconde est devenue le testicule syphilitique, dit d'Astley Cooper, sans doute parce qu'il avait été inventé avant lui. Afin que le lecteur puisse juger lui-même de ce que je viens d'avancer, je vais rapporter tout ce qui, dans Astley Cooper, se rapporte au sujet en question.

« Il y a cependant des personnes qui croient que le testicule n'est pas susceptible de contracter une altération de nature syphilitique constitutionnelle, et qui sourient quand on propose l'emploi du mercure comme un moyen nécessaire à la guérison de cette maladie.

« Mais j'ai vu si souvent cet organe tuméfié pendant l'existence des symptômes constitutionnels de la syphilis, surtout coïncidemment avec des affections vénériennes de la peau et du périoste, douloureux la nuit, présentant aussi pendant la nuit, et bien que le décubitus dorsal dût être une cause de soulagement, un redoublement du gonflement et de la douleur, j'ai vu céder si facilement cette affection du testicule, devant un traitement mercuriel, et précisément en même temps que les symptômes vénériens disparaissaient, que je regarde comme une opinion déraisonnable celle qui met en doute la susceptibilité du testicule à être affecté par le virus vénérien.

« Le gonflement du testicule qui survient dans la blennorrhagie n'a rien de vénérien, et n'exige pas pour sa guérison l'action du mercure sur la constitution ; mais le virus de la blennorrhagie et celui de la syphilis diffèrent dans leur nature ainsi que dans leurs effets, et le gonflement du testicule dans le premier cas n'est que sympathique.

« Quand le virus vénérien détermine une maladie du testicule, il est probable qu'il y affecte l'élément fibreux, par exemple, la tunique albuginée ; de là il s'étend dans les prolongements fibreux intérieurs, mais non dans la partie tubuleuse. J'accorde que cette proposition est hypothétique, mais je suis porté à admettre l'opinion que je viens d'exposer, en considérant la texture de cette membrane, qui est extrêmement ressemblante au périoste par sa nature fibreuse, et en ayant égard à la promptitude avec laquelle se rétablit complétement l'état sain de l'organe ; mais je désire que l'on sache que je n'ai eu aucune occasion de disséquer des testicules affectés de cette maladie.

(1) On sait que ce célèbre écrivain regardait l'orchite comme une affection liée sympathiquement à l'irritation de l'urètre et non comme une affection vénérienne.

« *Symptômes.* — Le testicule et l'épididyme acquièrent trois ou quatre fois le volume naturel ; la douleur n'est pas intense, mais elle s'exaspère dans la nuit. Quand un testicule est engorgé, l'autre est disposé à participer à la maladie du premier, et je pense que dans la majorité des cas, l'affection attaque en commun les deux glandes. L'inflammation, dans ces cas, va rarement jusqu'à la suppuration; mais quand celle-ci a lieu, elle s'accompagne de l'apparition d'une tumeur granuleuse semblable à celle qui s'observe dans l'abcès chronique.

« L'engorgement du testicule, comme résultat d'une infection syphilitique générale, se rencontre rarement quand il n'existe aucun autre symptôme vénérien constitutionnel, qu'un chancre de la gorge ; mais cet engorgement accompagne fréquemment une éruption vénérienne de la peau ou l'inflammation du périoste. Le caractère qui distingue cette maladie de l'engorgement chronique simple du testicule, se déduit de ce qu'elle succède à des symptômes syphilitiques, de ce qu'elle coexiste fréquemment avec l'apparition des symptômes que j'ai mentionnés, et de ce qu'elle obéit à cette loi des affections syphilitiques, savoir : l'exacerbation nocturne. » (*OEuvres chirurgicales complètes*, par sir As. C., trad. de Chassaignac. et Richelot. p. 456.)

Ainsi, pour résumer A. Cooper en quelques mots, le testicule syphilitique est essentiellement caractérisé selon lui : 1° parce qu'il acquiert, ainsi que l'épididyme, 3 ou 4 fois son volume normal; 2° parce que, dans la majorité des cas, il affecte les deux glandes; 3° parce qu'il succède à des symptômes syphilitiques (c'est-à-dire exclusivement un chancre); 4° parce qu'il coïncide presque toujours avec des affections secondaires de la peau ou du périoste ; 5° parce qu'il présente des douleurs nocturnes; 6° parce qu'il cède facilement au traitement mercuriel.

Voici maintenant les observations rapportées immédiatement à l'appui de ces différentes propositions :

OBSERVATION 403e.

Un individu avait une hydrocèle avec engorgement du testicule; le chirurgien qui lui donnait des soins lui proposa l'amputation de cet organe. Ce chirurgien avait été conduit à lui conseiller l'amputation du testicule, parce qu'ayant vu, dans une tentative pour évacuer l'hydrocèle, qu'il avait enfoncé les trois quarts dans le testicule et qu'il n'était point sorti de liquide, il en avait conclu que la maladie consistait seulement dans un engorgement compacte et non liquide du testicule. Ayant été appelé près de ce malade, j'appris de lui qu'il avait à la surface du tibia un gonflement accompagné de douleurs nocturnes; je le priai alors de se déshabiller, et en examinant la peau, je découvris sur la poitrine et l'abdomen une éruption vénérienne. Je prescrivis un traitement mercuriel, et pendant que l'éruption vénérienne s'effaçait, le gonflement de l'os diminuait, les douleurs nocturnes cessaient, et l'engorgement du testicule finit par disparaître. Alors l'hydrocèle put être traitée par l'injection, et le malade se guérit parfaitement. Depuis cette époque, il s'est marié et a eu plusieurs enfants.

OBSERVATION 404e.

A. B., âgé de 32 ans, avait l'épididyme du côté droit considérablement tuméfié et excessivement dur; cet engorgement était accompagné de douleurs à la tête et dans les membres, s'exaspérant considérablement la nuit, de telle sorte qu'il ne pouvait dormir, et que, suivant ses expressions, il en devenait presque fou. Le même malade avait eu aussi un gonflement douloureux du tibia gauche et du coude.

Quatre ans et demi auparavant, il avait eu un chancre, pour lequel il n'avait pris qu'une très-petite quantité de mercure, parce que la maladie ayant disparu rapidement, il avait cessé tout traitement. La santé ne fut en rien altérée pendant quelque temps, mais il se développa dans l'aine une tumeur qui ne tarda point à disparaître. Depuis ce temps, le malade ressentit des douleurs ostéocopes, qui ont présenté divers degrés d'intensité, suivant que le traitement était abandonné ou régulièrement suivi. Il y a un an que dure le gonflement de l'épididyme et du testicule; d'abord ces parties ont été très-douloureuses; elles le sont beaucoup moins maintenant.

OBSERVATION 405e.

Un individu qui avait eu souvent à la gorge des ulcérations que je jugeai de nature vénérienne, vit survenir un gonflement indolent du testicule. L'organe avait pris une configuration pyriforme, et comme il était impossible de distinguer cette tumeur d'une hydrocèle, je fis pénétrer une lancette dans la tunique vaginale; mais il ne s'écoula que deux ou trois gouttes de sang. Je prescrivis le deuto-chlorure de mercure dissous dans la teinture de quinquina. L'emploi de ce médicament fut suivi d'une résolution prompte de l'engorgement du testicule.

OBSERVATION 406e.

Un homme vint me consulter en novembre 1807 pour une maladie du testicule. Cet organe avait la dureté du marbre. Quatre ans auparavant, le sujet de cette observation avait eu une maladie vénérienne suivie, au bout de quelques semaines, de l'engorgement des testicules. Sous l'influence du mercure, cet engorgement disparut dans l'espace d'un mois. Quatre mois, l'engorgement se renouvela et disparut de nouveau au bout de deux mois sous l'influence du même traitement. Deux ans après l'époque où avait été contractée la maladie vénérienne, le testicule se tuméfia de nouveau, et fut de nouveau guéri; dans le courant du printemps de 1806, il s'engorgea encore une fois. A l'époque où je l'observai (au mois de novembre), il présentait un volume considérable. Le traitement consista dans l'usage du mercure porté jusqu'à salivation prolongée pendant un temps considérable. Je n'ai pas retrouvé dans mes notes quelle avait été la terminaison de cette maladie.

OBSERVATION 407e.

A. B. eut, il y a trois ans, un chancre qui ne fut pas suivi de bubons; un an après, il eut une hydrocèle de la tunique vaginale du côté droit. Cette affection céda à l'usage du mercure et des lotions évaporantes. Sept ou huit mois après, il survint au testicule droit une tuméfaction qui a persisté. Le testicule est extrêmement dur, l'épididyme est tuméfié, le scrotum est rouge; il y a des douleurs dans les reins et dans l'aine.

OBSERVATION 408e.

C. T. avait les deux testicules engorgés, sans rougeur du scrotum et sans beaucoup de douleur dans l'organe malade. Cet engorgement m'ayant paru être de nature syphilitique, je prescrivis l'usage abondant d'une décoction composée de salsepareille avec le deuto-chlorure de mercure. La guérison a été parfaite.

OBSERVATION 409e.

Un domestique contracta, il y a un an, un chancre et un bubon; depuis ce temps, le testicule gauche avait commencé à se tuméfier, était devenu dur, et cet engorgement s'était accompagné d'hydrocèle. Le mercure a été employé, et le malade s'est parfaitement guéri.

OBSERVATION 410e.

Un individu âgé de 32 ans eut, il y a quatre ans, un chancre pour lequel il prit du mercure jusqu'à la cicatrisation de cette ulcération. Sa guérison parut complète. Quelques mois après, il éprouva dans les membres et dans la tête des douleurs qui furent suivies de gonflement du tibia. Il fit usage du mercure à plusieurs reprises, en quantité suffisante pour dissiper les symptômes, mais non pour guérir la maladie. Il y a 14 mois, le testicule droit fut pris d'un gonflement qui augmenta d'une manière graduelle; ensuite le testicule gauche devint douloureux et conserva un état d'induration jusqu'au moment où le malade me consulta. Je lui prescrivis le calomel et l'opium en quantité suffisante pour affecter la bouche, et je lui recommandai de continuer pendant au moins six semaines l'usage de ce médicament; je lui prescrivis en outre le décubitus dorsal, des applications de sangsues et des lotions avec une solution d'acétate d'ammoniaque et l'esprit de vin. Sous l'influence de ce traitement, le testicule se guérit complétement; mais lorsque ce malade quitta Londres après avoir cessé l'usage du mercure, la douleur de la jambe n'était pas encore entièrement dissipée. Depuis ce moment, je n'en ai plus entendu parler.

Si nous cherchons maintenant à vérifier comment les 8 observations de Cooper justifient ses propositions, voici ce que nous trouvons :

1° Le testicule syphilitique reconnaît toujours des antécédents chancreux; sur les 8 observations, on trouve : le chancre noté *une fois* comme antécédent; une autre fois on note l'existence d'une maladie *vénérienne* sans dire laquelle; dans AUCUN cas on ne s'informe s'il a existé une ou plusieurs blennorrhagies.

2° Astley Cooper parle du volume de la tumeur; dans les 8 observations, on trouve *une seule fois* que le volume était *considérable*.

3° Astl. Cooper avance que le *testicule* et l'*épididyme* sont 3 ou 4 fois plus gros qu'à l'état normal, et dans ses 8 observations il est dit *une seule fois* que le testicule et l'épididyme étaient affectés, et une autre fois que la rougeur du *scrotum* se joignait à celle de ces deux organes.

4° Presque toujours, selon Astl. Cooper, le testicule syphilitique coïncide avec des affections de la peau et du périoste, et dans les 8 observations *deux fois seulement* on note des gonflements du tibia, dont un concurremment avec une *affection vénérienne* de la peau.

5° Le testicule fait éprouver, d'après Astl. Cooper, des douleurs qui s'exaspèrent la nuit, et dans *aucune* des 8 observations ce symptôme n'est noté; il semble seulement n'avoir pas existé.

6° Selon Astl. Cooper, le virus syphilitique envahit, dans la majorité des cas, les deux *testicules* à la fois ; et dans les 8 observations *une seule fois* la maladie a envahi à la fois les deux testicules, et une autre fois successivement.

Voilà pour l'ensemble de ces observations devant lesquelles certains chirurgiens tombent en admiration (voy. un art. récent sur les engorgements vénériens des testicules), et qu'ils ne se lassent pas de méditer. Si de cet ensemble nous voulions passer aux détails, nous rougirions véritablement de voir que de pareilles rapsodies scientifiques aient pu en imposer à des esprits sérieux. Quant à moi, appréciant ces vains simulacres d'observation à leur véritable valeur, j'ai dû chercher ailleurs des faits capables de fixer mes idées sur le testicule syphilitique que je n'appellerai plus d'Astley Cooper, mais qu'on pourrait appeler *secondaire* (par opposition à l'orchite blennorrhagique chronique qui est dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, un testicule syphilitique primitif) ; malheureusement mes recherches ont été vaines. Les partisans d'Astley Cooper se bornent à admirer ses observations ou à en faire de semblables ; ainsi un fait soi-disant très-important se présente, on l'annonce pompeusement dans une académie, et quand on veut le disséquer au profit de la science, voici tout ce qu'on y trouve : « En 1835, chancre induré, puis une roséole syphilitique ; enfin des accidents tertiaires, tels qu'une exostose au cubitus ; concurremment avec les derniers, le testicule se tuméfia et acquit bientôt le volume du poing. On voit en le coupant par le milieu que, consécutivement à l'épanchement du lymphe plastique, il y a eu atrophie de parenchyme de la glande. » (*Gaz. méd.*, 21 janvier 1843). Et voilà comme on écrit la science ! Voilà tout ce que j'ai trouvé en fait de testicule syphilitique *secondaire*. Y a-t-il eu ou non des blennorrhagies antérieures ? Quels en ont été le début, la marche, les symptômes de la maladie ? Silence complet sur tous ces points et sur bien d'autres non moins nécessaires. Je me trouve donc à peu près dans la position de Swédiaur et de Hunter ; d'où je conclus que j'étais fondé dans mon dire, quand je disais de cette affection que son existence même était encore enveloppée de ténèbres. Le fait le moins douteux que je connaisse de testicule syphilitique, tel qu'on a le tort de le comprendre aujourd'hui en général, est celui que j'ai rapporté dans le numéro de janvier 1844 de ce recueil, et dans lequel le virus syphilitique semble avoir déterminé *secondairement l'atrophie* des deux testicules, sans que ces organes aient préalablement éprouvé de tuméfication, sans qu'ils aient, par conséquent, formé une *tumeur :* or, cette altération diffère considérablement de ce qu'Ast. Cooper a décrit sous le nom de testicule syphilitique. Aussi crois-je me conformer à l'exacte vérité, en concluant et en résumant comme il suit : Le testicule syphilitique, tel que l'entendent Astley Cooper et la plupart des médecins d'aujourd'hui, est une maladie dont l'existence est encore à démontrer, dont l'histoire est entièrement à faire, et qui doit être très-rare, puisque des hommes d'une vaste pratique ont pu finir leur carrière sans la rencontrer. Les observations qu'on a données comme des exemples de cette maladie sont presque toutes des orchites blennorhagiques chroniques, et celles qui ne peuvent pas être rapportées à cette dernière catégorie, sont infiniment trop obscures pour qu'on puisse s'en faire une idée tant soit peu rationnelle.

Je ne nie rien, mais je veux voir et bien voir avant de croire, et en conseillant à chacun d'en faire autant (1).

En attendant que je puisse rapporter à l'appui de mes opinions quelques observations qui me sont propres, je vais en faire connaître quelques-unes qui se trouvent consignées dans un intéressant travail publié dans les annales de chirurgie, par M. Dumoulin, et je renverrai en même temps à une observation importante qui a été enseignée dans notre recueil par M. Cazenave. (Voy. n° 2, septembre 1843.)

(1) Je n'ignore pas que lorsqu'on parle à certains médecins du testicule syphilitique d'Astley Cooper, ces médecins disent en avoir vu par centaines, et en posséder de nombreuses observations ; mais il faut réfléchir que ces médecins sont les mêmes qui trouvent admirables celles du chirurgien anglais, ce qui veut dire que les leurs ne peuvent valoir guère mieux. Je ne serais pas étonné cependant que cet article provoquât la publication de quelques-unes d'entre elles, et qu'elles eussent une certaine couleur de vérité ; mais je dois dire d'avance, malgré toute la considération que je pourrais avoir pour les auteurs de ces observations, qu'elles m'auraient inspiré plus de confiance si elles avaient paru avant au lieu de paraître après mon mémoire.

ENGORGEMENT CHRONIQUE DU TESTICULE AYANT DES RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS.

Le nommé C...., âgé de 30 ans, serrurier, couché au n° 1 de la salle 9, a eu de nombreuses affections vénériennes. Voici son histoire. En 1835, blennorhagie tombée dans les bourses; épididymite à gauche. Traitement par la compression; résolution; mais reste cependant en bas et en arrière une petite tumeur formée par l'épididyme qui demeure engorgé. Sept à huit mois après, nouvelle gonorrhée avec balanite. — Injection au nitrate d'argent, deux par jour et pendant huit jours; la blennorrhagie est arrêtée. — Bains locaux; le malade peut enfin découvrir le gland, et voit alors un chancre rongeur au frein du prépuce; puis un chancre induré se montre bientôt après sur le gland. Traitement mercuriel (60 pilules de proto-iodure de mercure); quelques accidents du côté de la bouche; et, pour ce motif, un peu d'irrégularité dans le traitement. En 1837, nouvelle gonorrhée; elle dure huit jours. — Trois ou quatre jours après, nouveau gonflement du testicule gauche. Nouvel emploi de la compression, mais elle est trop douloureuse et ne peut être supportée. — 15 sangsues sur le trajet du cordon. Guérison. Quinze jours après cette orchite, avaient paru deux bubons inguinaux, peu volumineux et presque indolents, dont on obtint la résolution. En 1840, encore une gonorrhée. Sangsues au périnée, injections avec le nitrate d'argent; grande diminution de l'écoulement, il n'est plus que séreux et peu abondant. Cubèbe. Ce malade, à peine guéri, se livre au coït, et l'écoulement reparaît, épais, verdâtre, avec douleurs vives pendant l'émission de l'urine et lors des érections. En même temps survint une affection syphilitique de l'anus, de nature consécutive. Cubèbe pour la gonorrhée; traitement mercuriel; 60 pilules; un peu de stomatite. Guérison. A l'affection syphilitique de l'anus succède une fistule, le malade la garde pendant quinze mois. En 1841, M. Vidal l'opère, et la guérison se fait promptement. La même année apparaissent de nombreuses ulcérations au cuir chevelu; le malade entre de nouveau dans le service de M. Vidal. Pansements simples; traitement mercuriel, 65 à 68 pilules de Dupuytren; les ulcérations se cicatrisent très-lentement. Cinq à six mois après, le testicule gauche s'engorge peu à peu, et forme une tumeur d'un gros œuf. Frictions d'onguent marcuriel, iodure de potassium à l'intérieur; la tumeur diminue un peu. Sept à huit mois après, elle prend un nouvel accroissement, il y a épanchement séreux dans la tunique vaginale. Vers le milieu de décembre, M. Vidal fait une ponction qui donne issue à un verre de liquide. Celui-ci se reproduit bientôt, et vers le quinze janvier, on fait une nouvelle ponction, puis une injection iodée. Sous l'influence de cette irritation locale, il se produit, comme dans les hydrocèles simples, une inflammation vive de la tunique vaginale; mais lorsque ce gonflement produit artificiellement a cessé, l'on peut constater une diminution sensible dans le volume de la tumeur. Elle offre, le 5 février, les caractères suivants : *le testicule et l'épididyme sont confondus dans une seule et même tumeur dure, non douloureuse, même sous une pression assez forte*, donnant lieu à un poids incommode et à des tiraillements dans l'aine et dans la région lombaire correspondante; cette tumeur est maintenant de la grosseur d'un petit œuf; elle n'offre point d'irrégularité. Le cordon spermatique est à l'état sain. Cet homme éprouve plus particulièrement la nuit que le jour des douleurs vagues dans les os et surtout dans les membres inférieurs, elles s'arrêtent au tiers inférieur de la jambe, et sont plus vives au membre droit, depuis cet endroit jusqu'au genou, que partout ailleurs; il n'y a point d'exostose au tibia ni ailleurs.

Ce malade a pris successivement six bouteilles d'iodure de potassium de 36 grammes chacune; au bout de huit jours de son emploi il en prenait quatre cuillées par jour, c'est-à-dire quatre grammes. Il a fait dans les derniers temps des frictions avec parties égales de belladone et d'onguent napolitain (quatre grammes par paquet pour une friction), qui ont eu un bon résultat; elles ont favorisé certainement la résolution de l'engorgement, et ont contribué à faire cesser entièrement les quelques douleurs que ressentait le malade. Il est sorti de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant, il ne reste plus qu'une petite dureté à la queue de l'épididyme, qui n'est point de la grosseur d'un pois.

(*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, mai 1844.)

Remarques. Ce n'est pas assurément avec des seuls cas de cette espèce, que l'on pourrait établir d'une manière positive et définitive l'histoire de l'orchite blennorrhagique et la distinction entre cette orchite et ce que l'on entend avec A. Cooper par *testicule syphilitique*. Cependant, malgré la complication des phénomènes morbides éprouvés par le malade, la connaissance de ce que j'ai dit précédemment touchant ces deux maladies, joint à la considération des orchites aiguës qui avaient eu lieu plusieurs fois, et qui indiquaient une disposition particulière aux récidives de cette affection, on jugera sans doute que l'on avait affaire ici beaucoup plutôt à une orchite blennorrhagique chronique, qu'au testicule syphilitique dit d'Ast. Cooper. On sait d'ailleurs, par ce que j'ai

dit du traitement, que l'efficacité du mercure et de l'iodure de potassium ne forme en aucune façon un argument contre la manière de voir que j'indique ici. Je crois donc pouvoir franchir les limites de prudence dans lesquelles s'est renfermé mon savant maître, et donner à cette observation le titre d'*orchite blennorrhagique chronique*.

Dans l'observation suivante, cette manière de voir sera plus clairement fondée encore, et le fait surtout nous offrira un intérêt pratique des plus grands.

ENGORGEMENT *grave du testicule gauche; ablation de cet organe par un chirurgien militaire, qui l'a caractérisé d'hydro-sarcocèle. Engorgement analogue au côté droit, survenu après l'ablation du testicule gauche.*

B...., âgé de 29 ans, armurier, couché au n° 24, salle 10, est entré à l'hôpital le 11 mars. — C'est un homme peu robuste, qui a l'apparence scrofuleuse. Il dit que dans l'enfance il n'a jamais été malade. Ses parents se portent bien et sont très-vigoureux. Cependant il porte à la face et au cou des cicatrices qui sont la suite d'ulcérations scrofuleuses. Il y a six ans, il eut une blennorrhagie qui coula pendant 18 mois. Elle ne fut jamais douloureuse, et guérit sans traitement. Six mois après, survinrent des ulcérations chancreuses au prépuce et au gland, fort longtemps après tout rapport sexuel. Le malade suivit un traitement mercuriel. Depuis, au côté droit, survint à la peau une éruption que le médecin ne regarda pas comme syphilitique, à ce que rapporte le malade.—Puis un engorgement dans l'aisselle gauche, sans écorchure ou plaie au membre supérieur correspondant. Dubon peut-être scrofuleux, traité par les maturatifs et l'incision. — Le malade rapporte avoir eu dans la bouche une ulcération syphilitique que son médecin cicatrisa plusieurs fois avec le nitrate d'argent. Enfin le testicule gauche s'engorgea (le malade était alors au service militaire). En quatre mois, il acquiert un volume énorme : dur au début, il est de plus en plus mou; des élancements de plus en plus fréquents parcourent la tumeur; ils se font ressentir jusque dans les reins. B... resta pendant quatre mois dans les hôpitaux militaires. Enfin on fit l'ablation de cette tumeur en avril 1841; au bout de six semaines, la cicatrisation était complète. Cet homme reprit sa profession d'armurier. Deux ans après, apparaît un nouvel engorgement au testicule droit. Depuis le mois d'août 1843, cet engorgement acquit assez vite le volume des deux poings. Il était dur, surtout à la partie inférieure; il était le siége de douleurs intenses, lancinantes, qui ne laissaient point au malade un instant de repos. — Son médecin fait appliquer successivement un très-grand nombre de sangsues sur la tumeur, puis il fait faire des frictions avec l'onguent mercuriel, et enfin appliquer un emplâtre de Vigo. Six semaines après, il y avait beaucoup d'amélioration; mais le malade mène une vie peu régulière, fait des excès (quoiqu'il soit privé d'un testicule, et qu'il ait l'autre malade. le désir des rapports sexuels est chez lui très-vif). — Après ces excès, les douleurs reparurent, et plus fortes qu'auparavant. C'est alors qu'il prit la résolution de se confier aux soins du docteur Vidal. La tumeur est plus volumineuse que le poing, *dure en arrière et sur les côtés, un peu molle en avant, où il y a apparence de fluctuation dans l'étendue d'un pouce environ*; elle est ovoïde, à grosse extrémité supérieure, et ressemble assez bien pour la forme à une hydrocèle; mais elle est beaucoup plus pesante que cette dernière tumeur. Comme je l'ai dit, elle est le siége de douleurs lancinantes extrêmement vives. La dureté particulière de cette tumeur, les douleurs caractéristiques, la circonstance de l'ablation déjà faite de l'autre testicule, tout prouve que c'est là un véritable sarcocèle; c'est une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde qui devait avoir une terminaison funeste. Mais depuis l'entrée du malade dans le service de M. Vidal, il y a eu amélioration telle, qu'on est à se demander si c'est là réellement une tumeur maligne, et si les premiers chirurgiens ont bien opéré de l'autre côté une tumeur de nature cancéreuse. En effet, M. Vidal a soumis le malade, dès son entrée, à l'iodure de potassium. Il y en avait environ 8 grammes d'administrés, que les douleurs avaient à peu près cessé. Maintenant la tumeur a diminué de moitié, et il n'y a plus de trace de douleur. La partie de la tumeur où antérieurement on sentait une fluctuation obscure, ne s'est point agrandie; mais l'existence d'un liquide semble toujours probable : c'est bien la sensation d'un liquide, mais d'un liquide un peu épais, comme serait la matière d'un ramollissement (2 mai 1844). Le point endurci a diminué d'étendue; la fluctuation est toujours plus apparente; la totalité de la tumeur est moindre que la moitié du volume primitif. Le 17 mai, la tumeur a à peine le double du volume d'un testicule ordinaire. On suspend l'iodure de potassium. On fait faire des frictions sur la tumeur avec la pommade à l'iodure de plomb.

(*Annales de la Chirurgie française et étrangère, mai* 1844.)

Remarques. — Voici les remarques dont M. Vidal accompagne ce fait du plus haut intérêt :

« Nous n'ignorons pas, dit-il, tous les mécomptes qu'on se prépare quand on

fonde trop d'espérances sur une résolution commençante des tumeurs de nature cancéreuse. Mais nous l'avons dit déjà, est-ce bien là une tumeur de cette nature? Ce qui le ferait croire, c'est qu'elle est pour ainsi dire une récidive d'une autre tumeur de l'autre testicule, dont on a fait l'ablation. Tout ce que nous pouvons assurer, c'est que bien souvent nous avons assisté à la résolution d'une atmosphère d'induration autour de certains squirrhes du sein, par exemple, mais jamais nous n'avons vu la tumeur elle-même diminuer autant et si rapidement. »

Eh bien! ce que M. Vidal n'exprime que d'une manière dubitative, j'ose l'affirmer très-positivement, et sans crainte que les événements viennent me donner un démenti. Non, cette tumeur n'est point de nature cancéreuse; selon toutes les probabilités, elle est de nature syphilitique, et reconnaît pour cause une blennorrhagie antérieure. Voici sur quoi je fonde ma manière de voir : cette tumeur n'offrait pas les caractères anatomiques du cancer, car la partie postérieure et latérale de la tumeur, qui était la plus dure, comme aussi à beaucoup près la plus volumineuse, était très-probablement, pour ne pas dire certainement, formée par l'épididyme, tandis que la portion antérieure, celle qui donnait au doigt la sensation d'une *fluctuation obscure*, était le testicule dans cet état de ramollissement que j'ai spécialement mentionné dans l'histoire de l'orchite; or, le cancer n'affecte nullement cette forme anatomique : son premier effet est de confondre d'abord tous les tissus, et lorsque dans la tumeur qui le constitue il se trouve des points ramollis, ces points sont multiples, et il est bien rare qu'ils le soient au point de produire la fluctuation, sans que déjà la peau ait subi une altération. — 2° M. Vidal fait remarquer que s'il a bien souvent assisté à la résolution d'une atmosphère d'induration autour de certains squirrhes du sein par exemple, il n'a jamais vu *la tumeur elle-même* diminuer autant et si rapidement. J'ajouterai à cette remarque que je doute qu'on ait jamais observé dans une *tumeur cancéreuse du testicule* la diminution que M. Vidal mentionne dans les tumeurs du sein; le sein est enveloppé d'une couche de tissu cellulaire lâche, qui peut s'engorger simplement autour d'un noyau cancéreux, et diminuer ensuite sous certaines influences; mais rien de semblable n'a lieu dans le testicule; quand un engorgement l'a envahi, il est fort à craindre que cet engorgement ne soit partout de même nature, et d'ailleurs je répète que l'expérience n'a jamais montré, que je sache, dans cet organe, des résolutions comme celle dont il s'agit : j'ajouterai même, puisque je suis sur ce chapitre, que ces résolutions, même dans le sein, sont beaucoup moins prononcées, beaucoup moins fréquentes qu'on ne le croit trop communément. J'ai suivi pendant deux ans, avec la plus grande exactitude, un service où ces résolutions devaient être fort nombreuses, au dire du chef de service et d'un certain public, et je dois à la vérité de dire que dans *aucun des cas où l'amputation a permis de constater la nature cancéreuse de la tumeur*, il ne s'était opéré de résolution sensible autour d'elle, bien que les journaux scientifiques et même politiques ait souvent retenti d'affirmations contraires. — 3° Sans doute, il pourrait paraître fort extraordinaire à ceux qui considèrent la blennorrhagie comme une simple inflammation locale, que cette inflammation ait pu déterminer une orchite plusieurs mois après qu'elle n'existait plus, et une récidive lorsque l'organe primitivement affecté fut enlevé; mais ceux qui professent des idées un peu plus saines, et M. Vidal est de ce nombre, ceux qui ne voient dans l'écoulement urétral que le résultat d'une infection générale de l'organisme, ceux-là comprendront les déplacements métastatiques sur lesquels j'ai déjà fortement attiré l'attention, et ne seront nullement surpris qu'un engorgement blennorrhagique puisse récidiver lorsqu'on en supprime un autre qui servait de centre d'action, et comme de quartier général au principe infectant.

Les douleurs lancinantes que paraîtrait avoir éprouvées le malade ne signifient absolument ni pour ni contre l'existence de l'orchite; il n'en serait pas de même de l'état scrofuleux du malade, si les caractères de la tumeur étaient équivoques; mais ici ils me paraissent parfaitement caractérisés.

Si je n'avais pas craint de faire une trop longue digression, j'aurais rapporté une foule d'observations dans lesquelles la pratique chirurgicale a été aussi funeste aux malades que dans le cas qui précède; mais j'aurais été obligé de faire en partie l'his-

toire thérapeutique de l'hydrocèle. On voit dans Astley-Cooper plusieurs cas où le chirurgien a amputé le testicule, parce qu'il le trouvait engorgé après la ponction évacuatrice. J'ai déjà eu occasion de dire que dans certaines cliniques de grands hôpitaux de Paris, on conseillait encore cette conduite. Or, c'est là une thérapeutique qu'on ne doit pas craindre d'appeler meurtrière : car sur cent cas d'hydrocèles compliquées d'engorgements, même volumineux, durs comme du silex (selon une expression qu'il ne faut jamais prendre dans toute la rigueur de son acception), bosselés, il y en a au moins quatre-vingts qui ont leur origine dans une blennorrhagie antécédente, et dans lesquels il serait possible de rendre au testicule l'intégrité de ses fonctions, ou au moins de le conserver sans inconvénients pour le malade, et sans l'exposer aux dangers d'une grande opération. Puissent ces réflexions être accueillies avec faveur par ceux qui ont plus spécialement le privilége du bistouri, et je n'en fais aucun doute, bien des testicules leur devront leur salut. H. DE CASTELNAU.

REVUE.

PELLAGRE,

EXTRAIT D'UN RAPPORT DU DOCTEUR CALDERINI, SUR LES PELLAGREUX DES DEUX SEXES, SOUMIS, A L'HOPITAL-MAJEUR DE MILAN, AU TRAITEMENT PAR LES BAINS, PENDANT L'ÉTÉ DE 1843.

La longueur du travail et le manque d'espace suffisant nous empêchent de reproduire en entier ce rapport, qui renferme cependant des documents importants et bien rédigés. Nous serons aussi exacts que possible dans l'extrait que nous désirons en donner à nos lecteurs.

Parmi les pellagreux reçus à l'hôpital, le médecin n'admit à l'usage des bains que ceux qui se trouvaient dans un état de force musculaire suffisant, et préférablement ceux chez lesquels il existait une défédation cutanée abondante (les Italiens entendent par défédation cutanée l'érythème et la desquamation caractéristique de la pellagre), cas dans lequel l'expérience a démontré que cette sorte de traitement convient le mieux. On en fit exclure au contraire ceux qui étaient atteints de consomption, d'anasarque, de toux, de diarrhée très-abondante et de délire. Le nombre des malades fut de 352 (162 hommes, 190 femmes).

Parmi les hommes, 79 avaient de 40 à 60 ans.
40 de 20 à 40.
26 au-dessous de 20.
17 au-dessus de 60.

Parmi les femmes, 117 avaient de 20 à 40 ans.
49 de 40 à 60.
21 au-dessous de 20.
3 au-dessus de 60.

Ainsi les femmes étaient en somme moins âgées que les hommes.

Une grande partie de ces pellagreux se nourrissait habituellement mal, et beaucoup d'entre eux prenaient souvent du lait pour aliment, premier fait qui vient détruire l'opinion des auteurs qui ont recommandé surtout le lait comme préservatif de la pellagre.

Leurs habitations, suivant eux, n'étaient pas trop malsaines (la plupart des paysans vivent l'hiver dans les bergeries), mais beaucoup d'entre eux attribuaient l'origine de leur maladie à un profond chagrin, et quelques femmes à des couches laborieuses; la plupart enfin avaient une apparence cachectique. M. Calderini a pu vérifier ce fait que les pellagreux sont très-disposés à la transpiration, surtout pendant la nuit, et que leur sueur présente cette odeur particulière comparée par Strambio à celle du pain fermenté. Ces malades, malgré les durs travaux auxquels ils se livraient la plupart, présentaient en général une peau assez fine et délicate.

Beaucoup avaient eu la fièvre intermittente, ce qui est encore contraire à l'opinion soutenue par quelques-uns. On sait que l'insolation a été regardée comme une des principales causes de la pellagre, c'est en effet ce que M. Calderini a pu constater sur 128 hommes et 152 femmes; les autres, au contraire, n'y avaient nullement été exposés, mais au printemps ils avaient éprouvé aux mains une sensation d'ardeur qui chez quelques-uns même s'était accompagnée de l'érythème caractéristique, ce qui mérite d'autant plus d'être noté, que l'année avait été en général froide et pluvieuse. Un seul enfin n'eut ni l'érythème ni la desquamation caractéristique, bien qu'il présentât, du reste, tous les autres symptômes de la pellagre.

Symptomatologie. — L'érythème cutané du dos des mains et des pieds s'est présenté chez la plupart des malades au moment où déjà la desquamation s'effectuait; le toucher augmentait notablement le prurit, la chaleur et la sensibilité. La desquamation était plus ou moins générale, circonscrite ou diffuse, elle s'étendait chez quelques-uns le long des bras jusqu'à la poitrine, jusqu'au cou, parfois jusqu'au nez. Chez quelques hommes principalement la peau des mains et des pieds était rugueuse, dure, noire, ou bien luisante, résistante, parcheminée, insensible, dégénérée en grosses squammes.

Les enfants et les femmes surtout offraient entre les doigts des pieds et des mains des gerçures dirigées dans le sens des plis cutanés avec exulcération de mauvais aspect, et avaient les ongles rugueux, déformés, fendus.

Une jeune femme, outre ces altérations, portait sur tout le dos et la partie externe du pied droit une sorte d'érysipèle vésiculeux avec soulèvement d'une grande partie de l'épiderme, et sécrétion d'une sérosité purulente, très-fétide; elle était en outre affectée d'ozène, avait l'haleine fétide, avec stomacace et exulcération à l'angle des lèvres; elle présentait encore au-dessous et autour du nez, puis au menton, des végétations cornées constituées par des petits corps isolés semblables à de petits cônes tronqués, accolés les uns aux autres, et que l'on ne pouvait pas détacher sans douleur. D'autres altérations concomitantes de la peau, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, furent encore observées sur d'autres malades. Notons seulement une femme, mère de plusieurs enfants sains, chez laquelle on ne put trouver l'origine, soit ancienne, soit nouvelle, d'une affection vénérienne, et qui portait à la vulve des végétations assez considérables, des pustules tuberculeuses au périnée, aux fesses et à la partie interne des cuisses; elles existaient depuis plusieurs années et augmentaient à chaque printemps.

L'auteur fait remarquer que la défédation cutanée n'a pas toujours été en rapport avec l'intensité plus ou moins grande des autres symptômes pathognomoniques de la pellagre. Les crevasses, l'hydroa, les excoriations au bord des lèvres et à leurs angles, celles du nez, les aphthes, les exulcérations de la bouche étaient des symptômes communs à beaucoup de malades. La rougeur plus ou moins vive de la langue avait lieu chez presque tous, et subsistait pendant au moins 3 jours et au plus jusqu'à la guérison; la langue était ordinairement luisante, humide, molle, très-rarement couverte d'un enduit épais.

Un ptyalisme abondant fut noté assez souvent, et les malades accusaient un goût tantôt salé, tantôt amer de la salive. Quelquefois il y avait inappétence, plus souvent appétit et soif intense. La plupart des autres troubles des fonctions digestives se rencontraient chez beaucoup de malades; la diarrhée fut plus fréquente que la constipation, et 3 ou 4 individus offrirent des symptômes de véritable melena.

L'aménorrhée et la chlorose, la métrorrhagie, la leucorrhée et l'avortement furent l'apanage de presque toutes les pellagreuses. Parmi les symptômes encéphaliques on eut souvent lieu d'observer la pesanteur de tête, la céphalée, le susurrus des oreilles, différents troubles de la vision, la loquacité, la mélancolie, la tendance au délire. Il faut noter que quelques pellagreux avaient été jadis atteints de manie. Le grand affaiblissement des forces musculaires, surtout aux extrémités inférieures, le vertige, étaient assez ordinaires; quelques-uns présentaient des convulsions des bras, de petits soubresauts des tendons, des douleurs lombaires, des crampes, une sensation pénible à la plante des pieds qui étaient parfois œdématiés.

Le pouls était lent, petit et faible, presque chez tous ceux même qui avaient une apparence pléthorique; le sang extrait par la saignée était noirâtre, fluide, et à peine couvert d'un très-léger voile couenneux.

L'auteur a pu se convaincre que la gravité des symptômes n'était nullement en raison directe de la durée de la maladie, il s'étonne même que les malades puissent vivre pendant 40, 50 et 60 ans avec une affection qui atteint si profondément l'organisme entier. En effet, sur les 162 hommes, 58 étaient atteints de pellagre depuis 3 ans, 52 depuis 3 jusqu'à 12, 52 autres depuis 12 jusqu'à 60 ans; sur les 190 femmes, 86 étaient malades depuis 3 et 12 ans, 56 depuis 1 jusqu'à 3 ans, 48 depuis 12 ans et plus. Chez 42 hommes la pellagre commença à se développer après leur 45e année, chez 39 avant l'âge de 3 ans, chez 35 de 20 à 35 ans, chez 29 de 35 à 45, chez 10 de 3 à 12, chez 7 de 12 à 20 ans. Chez 87 femmes la maladie se montra de 20 à 35 ans, chez 44 avant 3 ans, chez 30 de 35 à 45 ans, chez 13 de 12 à 20, chez 13 encore de 45 à 60, chez 5 de 3 à 12 ans. Ainsi, presque un quart des malades était atteint de pellagre depuis l'enfance.

Cette maladie est-elle héréditaire? C'est ce que fait d'abord supposer à l'auteur la proportion notable des individus pellagreux depuis leur plus tendre enfance, et c'est ce que ses investigations lui firent découvrir d'une manière positive; ainsi il put noter pour les hommes 95 cas de familles affectées de pellagre héréditaire, et pour les femmes 89 seulement. De telle sorte que sur un total de 184 familles atteintes de cette maladie héréditaire et composées de 1319 membres, 671 étaient exempts de la maladie et 648 en étaient atta-

qués ; ce qui revient à dire que sur 100 individus appartenant à des familles dans lesquelles la pellagre existait comme vice héréditaire, on put compter en moyenne 49 qui en étaient atteints, et 51 qui en étaient exempts. M. Calderini a vu des familles entières pellagreuses, depuis l'aïeul jusqu'aux derniers petits-enfants. Il résulte encore de ses relevés que : 1° sur 100 mariages, les trois quarts, moins quelques unités, offrent des exemples de pellagre héréditaire (nombre qui serait encore plus considérable si les renseignements donnés par les femmes avaient été plus exacts); 2° que dans les mariages où un seul des conjoints est pellagreux, c'est le plus souvent la femme. Un père atteint de pellagre engendre plus souvent un enfant mâle qui hérite de sa maladie, et une mère pellagreuse engendre plutôt une fille pellagreuse; en tous cas, c'est le sexe féminin qui offre le plus d'exemples de cette maladie. L'auteur est porté à croire enfin que l'hérédité est presque l'unique voie de propagation de la pellagre, et que ce n'est pas seulement, comme on l'a prétendu, une simple disposition à contracter cette maladie qu'elle transmet aux enfants, mais qu'elle peut rester latente pendant un certain nombre d'années et ne se développer que sous l'influence de certaines causes.

C'est dans les campagnes, comme on sait, que la pellagre se montre le plus fréquemment; le genre de vie des paysans lombards est donc pour quelque chose dans son développement. Il est prouvé en effet que la plupart de ceux qui viennent habiter les villes, ou entrent dans les armées, voient leur maladie s'affaiblir et s'éteindre. Parmi les causes de développement de la maladie, chez les habitants de la campagne, on a rangé l'usage habituel du pain de blé de maïs, mal préparé. M. Calderini admet bien qu'il doive être une cause continuelle de mauvaises digestions, de cardialgie, de pyrosis et par suite de gastro-entérites chroniques. Mais il nie absolument que ce puisse être là la cause déterminante, unique de la pellagre. Il en est de même de l'insolation qui agit d'abord sur les parties dénudées et y détermine l'érythème. Mais celui-ci même se lie à un état général particulier et ne constitue pas essentiellement la maladie, comme on l'a prétendu. La même erreur a été commise touchant les troubles des fonctions digestives et cérébrales, qui ont fait regarder la pellagre comme une gastro-entérite ou une méningite. L'auteur passe en revue toutes les autres causes prétendues de cette maladie et ne les considère que comme occasionnelles et excitantes, tandis qu'il est évident pour lui que son mode de diffusion est le vice héréditaire.

Nosogénie. — L'éléphantiasis, la lèpre ont été considérés par Della Bona et Joseph Frank comme le point de départ de la pellagre. Notre auteur croit plutôt qu'on doit le trouver dans la syphilis ; mais cependant il n'émet actuellement cette opinion que sous forme de conjecture, espérant pouvoir plus tard lui donner plus de consistance. Voici, du reste, les raisons sur lesquelles il se fonde. La syphilis, contre laquelle on ne connaissait pas originairement de méthode de traitement rationnel, s'est propagée aux générations successives en les souillant ; et des villes, où elle prit naissance, elle se répandit dans les campagnes. Mais là, on lui opposa bientôt des soins particuliers, tandis qu'ici on lui laissa exercer ses ravages, se présenter sous toutes ses formes, altérer les constitutions, etc., etc. Astruc décrit, sous le nom de pellarelle, une forme de la syphilis qui a son siége à la peau et offre beaucoup d'analogie avec l'éruption pellagreuse ; ce nom était déjà consigné, avec les mêmes caractères, dans les ordonnances de l'hôpital majeur de Milan, pour l'année 1578. Il se pourrait donc que la pellagre, dans les premières années de son apparition en Lombardie, c'est-à-dire seulement un demi-siècle après l'apparition de la syphilis en Europe, se fût offerte avec des symptômes beaucoup plus ressemblants avec ceux de cette maladie, symptômes qui se sont altérés peu à peu depuis. D'ailleurs un certain nombre d'autres maladies, très-diverses entre elles, n'ont-elles pas été reconnues positivement comme dérivant de la syphilis? Telles sont la radesyge, la plique, le mal de la baie de Saint-Paul, de l'île d'Amboyne, du Canada, le mal de Crimée, la falcadine, etc., etc. D'autres affections du même genre se rapprochent beaucoup de la pellagre, c'est la maladie qui parut à Brünn en 1578, celle des Asturies. D'autres auteurs enfin indiquent, dans leurs descriptions de la pellagre, des symptômes qui ont une ressemblance exacte avec ceux et du scorbut et de la syphilis, et même conseillent dans le traitement l'emploi des anti syphilitiques.

M. Calderini lui-même cite parmi ses pellagreux des cas nombreux, où il observa tous les symptômes de la syphilis, des ragades, des ulcérations, des écoulements, des douleurs, des caries, des pustules tuberculeuses, des éruptions cuivreuses, des végétations, etc., etc. Il a pu noter que quelques-unes des femmes pellagreuses avaient été admises précédemment à l'hôpital pour des affections vénériennes. Il ajoute encore : 1° que c'est au printemps que la syphilis, comme la pellagre, se propage le plus aisément et offre des exacerbations notables; 2° que l'une et l'autre maladie peuvent rester latentes pendant des années et ne surgir que sous l'influence de causes morbides occasionnelles et excitantes; 3° beaucoup de malades offrant des symptômes positifs de syphilis ne savent pas ou ne veulent pas fournir

de renseignements sur la provenance de leur maladie : on peut donc supposer la même cause d'erreur de la part de beaucoup de pellagreux ; que 4° la desquamation de la peau chez les malades atteints de pellagre a été observée bien des fois chez les syphilitiques ; 5° que la mélancolie est commune à l'une et l'autre espèce de malades ; que 6° la seule migration, quelques mesures hygiéniques, un léger traitement antiphlogistique, ont souvent suffi pour modifier quelques symptômes d'affection syphilitique et surtout les impetigo, sans qu'on ait eu besoin d'avoir recours au mercure ; la même observation est applicable aux malades atteints de pellagre.

Traitement.—Bains.—Les bains, donnés ordinairement le matin, ont été pris à la température de + 27 à 28 Réaumur : lorsque les malades en sortaient on avait soin de bien les essuyer et de les faire coucher ; ils en prirent, chacun terme moyen, une quinzaine. En même temps la nourriture fut abondante et saine. Il est certain, ainsi que l'ont affirmé un grand nombre d'auteurs, que l'usage des bains apporte une amélioration très-notable à l'état des pellagreux et même amène la guérison. Ainsi ils rendent à la peau sa souplesse, ses fonctions ; ils rétablissent la régularité des fonctions digestives ; sous leur influence, on voit diminuer et cesser les désordres cérébraux. Les tableaux qui se trouvent à la suite du rapport que nous analysons, prouvent que sur 352 malades, qui furent traités par les bains, 160 sortirent guéris en apparence, 118 avec une amélioration très-notable ; 51 éprouvèrent peu de changement, et 23 restèrent avec le même état de maladie, soit en raison de sa gravité, soit à cause de ses complications. Les calculs de l'auteur le portent à affirmer aussi que l'amélioration que l'on obtient est d'autant plus marquée et d'autant plus constante que le malade se soumet en plus grand nombre au traitement par les bains, résultat qui avait été controversé et nié par certains auteurs. L'utilité de ce moyen thérapeutique est encore d'autant plus grande que les malades sont moins âgés et que la maladie est d'une origine plus récente ; mais cette dernière circonstance est moins favorable que la première.

Il est certain cependant que ce n'est pas par les bains seuls que l'on peut obtenir la guérison ou l'amélioration de la pellagre ; ainsi le repos, la propreté, l'éloignement des rayons solaires, la bonne nourriture, la tranquillité d'esprit, les devoirs religieux, etc., doivent incontestablement les favoriser ; de même que les évacuations sanguines, les laxatifs, les toniques, etc., deviennent nécessaires dans le cours de la maladie s'il se présente des indications ; mais les bains, il faut le répéter, jouissent sans contredit d'une efficacité particulière, et amènent des résultats avantageux que l'on ne peut obtenir par aucun des traitements si variés que l'on a tentés ailleurs.

Enfin les relevés statistiques dressés par M. Calderini, pour un espace de onze années, semblent démontrer que la pellagre est en cours d'accroissement et se répand de plus en plus en ce moment dans les campagnes de la Lombardie, et il fait des vœux pour l'institution d'une société de bienfaisance qui s'occuperait d'améliorer la condition des pellagreux, en étudiant aussi la statistique, les causes et la nature de la maladie.

DE LA SUETTE MILIAIRE.

Il y a quelques mois, nous avons exposé la doctrine de quelques médecins italiens au sujet de l'affection miliaire, et nous avons trouvé dans le travail de l'un d'eux des opinions assez originales pour mériter d'être consignées dans notre recueil. La fréquence toujours croissante, en Lombardie, d'une maladie qui revêt souvent des formes insidieuses, a inspiré à un autre médecin, le docteur Penolazzi, l'idée de réunir dans un traité spécial tous les documents relatifs à l'histoire de la fièvre miliaire, et de chercher à résoudre le plus grand nombre possible des questions qu'elle soulève.

Nous nous contenterons de rapporter ici les principales opinions propres à l'auteur lui-même.

Partant de ce principe, que la miliaire est une maladie spéciale, le docteur Penolazzi établit d'abord son diagnostic différentiel avec les affections qu'on peut confondre avec elle ; telles sont l'herpès miliaire, l'olophlictide miliaire, le pompholix, l'hydroa, etc., etc. Selon lui, il n'est pas très certain que la miliaire ait été parfaitement connue avant 1650, parce que les descriptions qui en ont été données depuis Hippocrate lui-même ne font pas connaître les vrais caractères de l'exanthème miliaire essentiel. L'expérience prouve qu'il existe une prédisposition à cette maladie, et l'auteur n'est pas éloigné de croire que même elle ne puisse être héréditaire. L'affection miliaire est-elle contagieuse ? En établissant une sorte de statistique des auteurs qui ont exprimé leur opinion sur cette question, on trouve que moins d'un tiers d'entre eux la laissent indécise, ou du moins ne l'appuient pas sur des raisons assez concluantes ; que moins d'un quart rejette toute idée de contagion, tandis que la moitié environ l'admet ; c'est à cette dernière opinion que l'auteur se range, et il affirme même qu'elle peut se propager par inoculation. En tous cas, c'est par la peau que l'infection miliaire s'opère le plus communément.

En s'en rapportant à l'observation sévère des faits qui lui sont propres et de ceux des

autres auteurs, M. Penolazzi pense que l'espace de temps le plus étendu qui puisse exister entre la contagion et le développement de la maladie est entre cinq et quarante jours; quant au système qu'elle attaque d'abord, c'est, suivant lui, sur les centres nerveux que se porte son action primitive, les fonctions du système sanguin n'étant troublées que consécutivement.

Les sueurs qui paraissent depuis les premiers jours jusqu'à ceux de l'éruption n'éliminent pas le virus miliaire, mais seulement les autres produits morbides; ainsi, pendant ce temps, la maladie ne peut être contagieuse. Quant à celles qui ont lieu lorsqu'une ou plusieurs éruptions se sont développées, comme il est possible alors que le virus de nouvelle formation soit résorbé, il se peut aussi que les organes se débarrassent par la sueur d'une grande partie du principe contagieux, et c'est alors que l'auteur pense que la maladie devient véritablement contagieuse; cette question, du reste, demande de nouvelles expériences.

L'observation permet-elle de croire qu'il existe une miliaire sans miliaire, et, s'il en est ainsi, celle-ci est-elle contagieuse au même degré que celle qui s'accompagne de l'éruption? De même que beaucoup reconnaissent qu'il peut exister une variole sans éruption variolique, par analogie on peut admettre la même chose pour la miliaire; sous cette forme, la maladie n'est pas contagieuse dans les premiers jours, mais dans la suite, l'auteur pense qu'elle peut le devenir, quoiqu'il ne puisse pas appuyer cette opinion sur des expériences particulières. Il pense, comme beaucoup d'autres, que la miliaire des nouvelles accouchées est en général symptomatique; ce qui n'empêche pas que celles-ci ne puissent être, dans certaines circonstances, atteintes de la miliaire contagieuse.

Après avoir décrit les lésions cadavériques connues dans cette maladie, et s'être occupé longuement de son diagnostic, l'auteur se demande si elle peut être enrayée dans les premiers jours à l'aide des purgatifs, des saignées, etc., et se range à l'avis de Borsieri et de Franck, qui pensaient qu'on ne pouvait pas arrêter la maladie, mais la modérer seulement; que si les purgatifs et les émétiques ont été utiles dans le commencement, ce n'est que parce qu'ils ont agi en modérant l'activité morbide; que si on est parvenu à arrêter une miliaire, cette maladie n'était sans doute que symptomatique et que les moyens indiqués plus haut seraient même très-dangereux dans une miliaire essentielle, employés qu'ils seraient dans le but de l'arrêter dans sa marche.

Quant au traitement, le docteur Penolazzi conseille, pendant l'incubation et si on a lieu de soupçonner le développement prochain de la miliaire, le repos, les bains tièdes, la saignée, si le pouls est lent et concentré. Dans la période de prélude, des accès de fièvre intermittente ou rémittente ont-ils lieu, il n'hésite pas à administrer le quinquina, puis ensuite il s'en tient à la méthode réfrigérente absolue tant interne qu'externe, sans en excepter l'application de la glace, dans laquelle il a une grande confiance. L'éruption une fois opérée, il recommande d'éviter les changements brusques de température, et favorise la sueur à l'aide des eccoprotiques, et non des couvertures nombreuses. Enfin dans la période de desquamation il vante les martiaux et les bains. Il est bien entendu que le traitement doit être modifié selon une foule de circonstances individuelles que le médecin seul est à même de juger, et que par exemple sur le fait de savoir ou s'il faut tenir les malades absolument au lit, ou les faire lever chaque jour, ou les faire changer de linge, etc., etc., il n'y a pas de règles invariables qu'il soit possible d'établir.

(*Annali Univ. di Med., avril* 1844.)

DE LA VALEUR COMPARATIVE
DES PRÉPARATIONS DE MERCURE ET D'IODE
DANS LE
TRAITEMENT DE LA SYPHILIS,
par le docteur ED. OCT. HOCKEN.

Bien que le travail suivant ait été fait sur des données qui ne sont plus en rapport avec notre manière de travailler, nous avons cependant cru devoir le reproduire, comme représentant les opinions thérapeutiques d'un grand nombre de praticiens occupant un rang plus ou moins distingué dans la science, et comme donnant une idée des moyens que beaucoup d'auteurs emploient encore pour concourir à ses progrès. Lorsque le travail sera complet, nous le ferons suivre de quelques réflexions critiques propres à en faire ressortir le mérite et les défauts.

L'auteur, après quelques considérations sur la disposition d'esprit nécessaire pour bien juger une question de médecine, disposition qu'il fait consister avec raison dans l'absence de toute idée préconçue, poursuit en ces termes:

« Evidemment, comme le remarque M. S. Cooper, le premier pas essentiel pour élucider la question consiste à renverser toutes les doctrines qui lui sont relatives, et qui répugnent

à l'expérience générale. Aujourd'hui il n'est pas nécessaire d'accumuler longuement des faits pour démontrer que le mercure n'est pas essentiel dans la cure de la syphilis, et que les anciennes opinions qui considèrent ce médicament dans toutes les périodes, dans toutes les formes, dans toutes les circonstances comme un *sine qua non*, sans lequel la maladie marche de mal en pis, sont erronées. Cependant de ce fait, appris par l'expérience, que la syphilis peut-être guérie sans mercure, il ne résulte nullement que cette méthode de traitement soit la plus favorable aux malades, et qu'on doive proscrire un remède aussi utile; car on serait tout aussi autorisé à rejeter les émissions sanguines dans la pneumonie, puisque certains pneumoniques guérissent sous l'influence du tartre stibié, sans l'emploi de la saignée. La valeur comparative du mercure et de l'iode et des autres modes de traitement, leurs indications spéciales, la valeur comparative de leurs différentes préparations, sont des questions importantes que l'expérience seule peut résoudre; en conséquence dans les remarques suivantes je rapporterai et j'opposerai les opinions de Lawrence, Guthrie, Cooper, Mac-Gregor, Franklin, Wallace, Ricord, Bacot, Mayo, Parker, Delpech, Cullerier, Desruelles, Hunter, Carmichæl, Ley, Reynaud, Williams, Colles, Ferral, Biett, Rose, Hennen, Travers, et S. Ast. Cooper, etc., etc., m'efforçant d'arriver ainsi à la vérité en évitant les exagérations de chaque partie, et faisant appel à ma propre expérience toutes les fois que l'observation me permettra de me prononcer.

J'attache une grande importance aux vues de Wallace, d'après la manière dont il a conduit ses investigations, quoiqu'il ait probablement porté ses opinions trop loin. Il fait remarquer que, durant la première période de ses recherches, sur la maladie vénérienne, tous les moyens employés le furent conformément aux principes généraux de la médecine et de la chirurgie, en faisant complétement abstraction de toute idée de spécificité et de tout traitement spécifique. Après que cette pratique eut été continuée pendant un temps suffisant pour satisfaire à l'objet qu'il avait en vue, d'autres méthodes de traitement, suggérées par les connaissances préalablement acquises sur les avantages et les désavantages du mercure, etc., furent choisies, et il arriva par degré à recommander celle qu'il adopte, d'après la pleine conviction qu'elle était en tout la plus sûre et la plus satisfaisante (1). Les points capitaux dans l'emploi du mercure et de l'iode sont de connaître quand il faut les employer et quand il faut les rejeter; en cela, comme le fait remarquer justement le docteur Wallace, consiste la principale difficulté, sinon toute la difficulté du traitement dans la maladie vénérienne (page 14); pour atteindre ces *desiderata*, il sera nécessaire de considérer en détail les divers degrés, les divers phénomènes de la maladie, prenant le terme syphilis comme synonyme de maladie vénérienne, et comme renfermant toutes ces affections qui ont leur origine dans des rapports sexuels. J'envisagerai mon sujet sous les trois rapports suivants:

1° Valeur comparative du mercure et de l'iode, et valeur du traitement simple.

2° Valeur comparative du mercure et de l'iode, dans le traitement des différentes formes et des différents degrés de la syphilis.

3° Valeur comparative des différentes préparations de mercure et d'iode, et de leurs meilleurs modes d'administration.

1° *Le traitement de la syphilis par le mercure et l'iode est-il supérieur à toute autre méthode?*

Quand nous songeons à l'inexcusable longueur du traitement mercuriel tel qu'on l'employait autrefois et aux symptômes très-graves qui en résultaient, soit qu'ils eussent des rapports avec la maladie ou qu'ils en fussent indépendants, nous pouvons à peine être surpris de voir M. Broussais dire, en 1815, « que les remèdes dits antisyphilitiques devaient être administrés à l'intérieur avec précaution, faute de quoi ils produiraient communément des affections gastro-intestinales, qui exalteraient la maladie primitive; l'action révulsive des médicaments est ainsi empêchée, l'irritation est portée sur les viscères, où elle détermine finalement la désorganisation. »

Les désavantages de cette méthode ne concoururent pas faiblement à montrer le traitement simple sous un jour avantageux; mais dans la pratique moderne, connaissant et évitant les erreurs de la génération précédente, erreurs partagées même par le puissant génie de Hunter, nous administrons le mercure à une dose et à des intervalles tels que la raison les indique et non les préjugés, guidés que nous sommes par ses effets sur les symptômes, l'état de la maladie et de la constitution. C'est de l'usage modéré du mercure qu'il s'agira dans les pages suivantes. Il n'est pas douteux, dit le docteur Wallace, que de grands dommages ne soient résultés de la routine des praticiens, résultant de cette opinion depuis longtemps formée et profondément enracinée que le mercure était un spécifique infaillible contre chaque forme de la maladie vénérienne. De cette opinion naquit la supposition que, quels que fussent les effets produits par le virus vénérien, ils devaient être neutralisés par le spécifique, sans avoir égard aux circonstances qui devaient le faire modifier ou rejeter; qu'il était seulement nécessaire pour cela de pro-

(1) Traité de la maladie vénérienne, p. 5.

portionner la quantité du remède à l'opiniâtreté de la maladie, et que ces effets ne pouvaient être détruits par aucun autre moyen. De ces opinions résultèrent des conséquences beaucoup plus fâcheuses que celles qu'entraînait la maladie abandonnée à elle-même.

L'usage excessif et irrationnel du mercure ne prévint nullement les symptômes secondaires. Ainsi, en Suède, la pratique consistait avant 1814, à traiter les symptômes primitifs par les plus abondantes onctions; le nombre moyen des affections secondaires des os ne fut pas moins de 54 pour cent. En 1814, on changea ce mode de traitement pour adopter l'usage modéré du mercure, avec une diète sévère, etc., et le nombre des maladies des os fut réduit à 6 1/2 pour cent. Ainsi, en administrant le mercure seulement pendant le temps nécessaire, pour guérir les ulcères primitifs, nous obtenons tous les avantages et évitons tous les inconvéniens de son emploi immodéré.

L'expérience accumulée de la pratique moderne tend à prouver que certains ulcères vénériens sont guéris complétement et avec une grande rapidité par un traitement mercuriel, rationnellement dirigé, lequel réduit le nombre des affections secondaires. Il faut se rappeler que les chancres ne sont pas guéris tant qu'une induration persiste pendant la cicatrisation ou suit la cicatrice; et ces cas sont ceux dans lesquels le mercure, s'il n'est pas essentiel, diminue au moins d'un tiers ou de moitié la durée de la maladie. Il est vrai que si, à l'exemple de l'école physiologique, nous faisons dater la cure du chancre de l'époque à laquelle l'ulcère s'est cicatrisé, sans avoir égard aux conséquences, la guérison apparente sera plus prompte dans plusieurs cas par le traitement simple, et les malades resteront moins longtemps à l'hôpital; mais si au contraire, pour considérer un malade comme guéri, nous attendons que toute induration ait disparu, nous trouverons une énorme différence en faveur du traitement mercuriel, cette induration se prolongeant dans le premier cas pendant un temps indéfini et donnant naissance beaucoup plus fréquemment à des symptômes secondaires. Les documents fournis par les officiers de santé de l'armée anglaise pendant la dernière guerre de la Péninsule conduisent aux résultats suivants: tous les ulcères sont curables sans mercure; — les symptômes secondaires se manifestent une fois sur dix dans les cas où l'on n'a pas fait usage de mercure et une fois sur 25 seulement dans les cas contraires; — presque tous les symptômes secondaires peuvent être guéris sans l'emploi d'un atome de mercure; ils sont dans ces cas ordinairement modérés; — à l'exception des cicatrices et des ulcères indurés, le temps nécessaire pour guérir les chancres primitifs n'est pas plus long en général avec que sans l'emploi du mercure. Cependant Rose, Hennen, Guthrie, Travers et Carmichaël soutiennent que le mercure guérit en quelques semaines certains ulcères primitifs qui n'auraient pas été guéris en moins de plusieurs mois par aucun moyen. Le docteur Colles dit qu'il s'en tient, ainsi que ses collègues, au traitement non-mercuriel, jusqu'à ce qu'il se soit convaincu que le séjour des malades à l'hôpital devient très-prolongé, de sorte qu'eux-mêmes réclament un traitement différent, spécialement quand ils voient leurs camarades guérir plus promptement par l'usage du mercure. Les documents officiels de sir James Mac-Grégor et de sir William Franklin semblent à la vérité prouver au premier abord que les chancres guérissent plus promptement sans mercure qu'avec mercure; mais il faut remarquer que très-probablement la grande majorité des 2827 ulcères traités par le mercure étaient indurés, tandis que les 1940 traités sans l'emploi de ce médicament étaient sans doute d'une variété différente. Or, on sait que, par tous les traitements et surtout par les traitements sans mercure, la durée des ulcères indurés est plus grande que celle des cas simples.

Le docteur Wallace a remarqué que dans tout le domaine de la chirurgie il n'y a pas de maladie où l'efficacité de la thérapeutique soit plus évidente que dans la syphilis. On observe souvent, vingt-quatre heures après le commencement du traitement mercuriel, un ulcère changer d'aspect, et de jaune sale qu'il était prendre une couleur rouge de bonne nature; cette modification dans la couleur est suivie par une cicatrisation quelquefois si prompte qu'il n'y a pas le temps nécessaire pour réparer les parties détruites, pour le développement des granulations, et que la cicatrisation se fait ainsi avec une perte de substance. Celui qui après avoir soigneusement observé l'action du mercure sur les ulcères syphilitiques, lorsque ce médicament est convenablement employé, et qui douterait de son efficacité, me semble (dit le docteur Wallace) difficile à comprendre.

Lorsque nous venons à examiner les arguments pour et contre l'usage du mercure dans les ulcères primitifs, nous voyons les antimercurialistes affirmer que toutes les formes peuvent guérir sans un grain de ce métal, et que, comme les symptômes secondaires sont rares, il est plus rationnel dans ces circonstances de s'abstenir de son emploi, puisque l'on évite par ce moyen les fâcheuses conséquences qui peuvent en résulter, et qui sont souvent plus graves que les effets naturels du poison lui-même; que les plus graves symptômes secondaires et tertiaires ne sont pas prévenus, et que les autres, quand on n'emploie pas le mercure, sont légers, plus prompts à se développer te à se dissiper; que dans tous les cas ils ne

sont jamais plus graves sans mercure qu'avec mercure, que le mercure ne prévient pas les symptômes secondaires, mais en diminue seulement la fréquence.

Les arguments en faveur de l'emploi rationnel du mercure sont : que la curabilité de tous les symptômes syphilitiques sans mercure ne constitue nullement une objection contre le traitement mercuriel, parce que nous devons prendre en considération la valeur relative de ce moyen et des autres modes de traitement, et voir si aucun inconvénient compensateur ne résulte de son usage convenable ; car on ne saurait arguer contre l'usage rationnel du mercure, de résultats provenant de son usage inconsidéré. Cet usage n'est jamais dangereux pour une bonne constitution. M. Rose affirme que les malades traités sans mercure sont affectés de symptômes secondaires dans la proportion de un sur trois. Dans le cas de chancre induré il est accepté par tout le monde que le mercure rend la maladie plus courte et la guérison plus parfaite. Puisque la syphilis peut être guérie plus promptement par ce moyen, et puisque aucun inconvénient ne résulte de son emploi rationnel, nous avons pour en user dans les symptômes primitifs les mêmes raisons qu'on a d'employer tout autre moyen dans toute autre maladie. Nous n'employons pas en général un médicament par la conviction que la maladie que nous traitons ne guérirait pas sans lui, mais bien parce que nous savons par expérience que la durée de cette maladie est abrégée par l'intervention de l'art. Les mêmes principes doivent nous guider dans le traitement de la syphilis.

En ce qui concerne la valeur comparative de l'iode, il est très-remarquable que les formes de la maladie vénérienne dans lesquelles le mercure est le moins approprié sont celles, comme le dit le docteur Wallace, dans lesquelles l'iode agit en remède héroïque, complétant ainsi le cercle thérapeutique de la syphilis. Il n'y a pas dans toute la matière médicale une autre substance qui soit à la fois aussi puissante comme agent thérapeutique, et aussi innocente quant à son action sur l'économie quand il est convenablement employé. L'opinion de Ricord est aussi que là où le mercure cesse d'être efficace, l'iodure de potassium devient un remède précieux. Cependant il y a aussi des cas mixtes dans lesquels les symptômes secondaires et tertiaires sont combinés, et alors l'association du mercure et de l'iode est très-avantageuse. Pour déterminer la valeur comparative de l'iode et du mercure, je vais passer au second chapitre.

2° *De la valeur comparative de l'iode et du mercure dans le traitement des différentes formes et des différents degrés de la syphilis.* — Pour arriver à une conclusion satisfaisante touchant ces différentes questions, il est nécessaire de considérer successivement les différentes formes primitives, secondaires et tertiaires de la syphilis, en tant que se rapportant au traitement par l'iode ou par le mercure. Comme fait général, nous pouvons constater qu'un traitement mercuriel modifié est applicable aux symptômes primitifs et secondaires, tandis que l'iodure de potassium exerce l'action la plus favorable et la plus indubitable sur les accidents tertiaires, à savoir les maladies du périoste, les tubercules de la peau du tissu cellulaire, et du tissu sous-muqueux. M. Ricord considère l'usage du mercure comme plus nuisible qu'utile dans les symptômes primitifs, la forme indurée exceptée. Au contraire, il est absolument nécessaire dans les secondaires. Lorsque les tertiaires existent seuls, il a recours à l'iodure de potassium, en commençant par dix grains, de la manière suivante :

Aquæ dist. ℥ iii ; *iod. de potass. grs.* x ; *syrup. papav.* ʒ i.

La potion est prise en trois doses dans la journée, avec de la tisane de salsepareille. La quantité d'iodure est successivement augmentée (1). En considérant comme types de symptômes primitifs sans complications, la pustule obtenue par inoculation et l'ulcère résultant de l'application du virus sur une surface dénudée, le mercure est indubitablement le meilleur traitement, puisqu'il résulte de l'expérience générale, accumulée dans cette partie de la science, que la syphilis régulière ou sténique accompagnée d'induration est guérie par l'usage modéré de ce médicament, de la manière la plus certaine, la plus prompte et la plus efficace. Cependant plusieurs circonstances accidentelles peuvent altérer le développement et les symptômes de la maladie au point de rendre ce médicament irrationnel et dangereux. Les caractères que les chancres revêtent ne dépendent point de la cause spécifique qui les produit, mais principalement de certaines conditions constitutionnelles, du genre de vie, de l'influence des maladies antécédentes ou actuelles, du traitement local de l'ulcère, de sa situation, de la conduite du malade depuis le premier moment de l'infection. C'est par l'intervention d'une ou de plusieurs de ces causes, que nous voyons des ulcères phagédéniques chez des sujets qui ont contracté leur maladie avec d'autres malades affectés d'ulcères du plus simple caractère.

Pour apprécier *l'applicabilité* du mercure et de l'iode dans le traitement des différentes formes de la syphilis primitive, il est utile d'é-

(1) La dose de l'iodure de potassium est aujourd'hui portée beaucoup plus loin par quelques médecins qui en prescrivent une once et plus en 24 heures ; mais c'est là une pratique qui ne peut offrir que des inconvénients. N. du R.

tablir une division simple mais pratique des ulcères vénériens. Je la baserai principalement sur ce que j'ai pu observer moi-même, et j'admettrai, 1° un chancre simple, caractérisé par des signes plutôt négatifs que positifs; 2° un chancre simple avec excès d'inflammation; 3° un chancre avec excès d'irritabilité; 4° un chancre induré ou hunterien, et un qui devient induré par des circonstances accidentelles; 5° un chancre phagédénique et un phagédénique gangréneux. Ces divisions suffisent pour rappeler les différents degrés que les chancres affectent : les périodes de formation, d'ulcération, d'indolence, de granulation et de cicatrisation. Règle générale, le mercure doit être considéré comme nuisible dans les premières périodes qui s'accompagnent d'inflammation, d'irritabilité, de *fièvre générale*, phénomènes qui persistent aussi longtemps que dure le travail actif de l'ulcération, et qui contr'indiquent le mercure jusqu'à ce qu'ils aient été dissipés par une diète légère, par le repos, les purgatifs, et, dans quelques cas, les émissions sanguines. Dans quelques formes phagédéniques néanmoins, il n'est pas prudent d'attendre que l'ulcération ait borné ses progrès; et, dans ces cas, le mercure, employé largement, est encore le meilleur moyen de l'arrêter. Le docteur Wallace a trouvé dans sa pratique qu'il était très-nuisible d'employer le mercure dans les premières périodes, parce qu'il pouvait à cette époque, au lieu de produire un effet spécifique salutaire, augmenter l'inflammation, ou déterminer dans l'économie un état d'irritabilité ou d'indifférence après lequel tout le système devient insensible aux doses ordinaires du médicament; et si on l'emploie à des doses plus élevées, il en résulte un état particulier et complexe, résultant à la fois de l'action du médicament et de celle du virus sur la constitution. En d'autres termes, le mercure alors, non-seulement aggrave les symptômes, mais encore provoque une nouvelle série d'actions morbides.

Nous pouvons rassembler de nouveaux arguments en faveur de la nécessité d'avoir égard à la période de l'ulcère, en appréciant l'indication du médicament mercuriel. Les lotions mercurielles possèdent des propriétés stimulantes et irritantes à différents degrés; et l'expérience pratique a montré que ces pansements étaient très-nuisibles durant les premières périodes, en ce qu'ils laissent dans les ulcères une disposition à l'irritation ou à l'inflammation. Le docteur Wallace remarque qu'un grave inconvénient résulte fréquemment de l'emploi, pendant la période d'ulcération, de topiques mercuriels et d'autres stimulants qui produisent une excitation morbide, et sont quelquefois suivis d'un état d'indolence ou d'irritation avec leurs conséquences concomitantes. Les formes les plus effrayantes de la maladie que le docteur Wallace ait eu l'occasion d'observer, étaient dues à l'application intempestive du précipité rouge, ou d'autres pansements fortement stimulants; c'est pourquoi il avait pour règle d'éviter tout pansement mercuriel durant la période ulcératrice de la syphilis.

M. Carmichaël fait observer judicieusement que l'inflammation causée par la négligence, l'imprudence, les applications irritantes, ou l'usage du mercure, peuvent tellement modifier l'aspect naturel des ulcères, qu'il est très-difficile de déterminer la classe à laquelle ils appartiennent. Dans ces circonstances, il recommande, au lieu d'avoir recours au mercure, d'éviter les embarras et les difficultés inextricables auxquels cette pratique conduit, et de se contenter de moyens antiphlogistiques plus ou moins énergiques, selon les cas, ainsi que d'applications calmantes et du repos dans la position horizontale, jusqu'à ce que l'inflammation soit dissipée; alors, mais non auparavant, on peut porter un jugement éclairé sur la véritable nature de l'ulcère, et sur le traitement qui lui convient. M. Key pense que les lotions mercurielles sont spécialement nuisibles dans les premières périodes du chancre, puisque, sous leur influence, l'ulcération s'étend et la sécrétion augmente. M. Ricord, et l'école française en général, condamne l'usage des onguents dans la période ulcérative des chancres primitifs. Les conclusions de l'expérience tendent à prouver que, sauf quelques exceptions, le mercure ne doit jamais être employé, soit généralement, soit localement, pendant les périodes d'ulcération, d'irritabilité ou d'inflammation, et que, par conséquent, il doit être rejeté dans ces ulcères qui sont caractérisés par un excès d'irritabilité ou d'inflammation, aussi longtemps que ces phénomènes persistent. M. Key mentionne comme une exception l'utilité des pansements mercuriaux dans les ulcères indolents et ne sécrétant que très-faiblement, quoiqu'il attribue en grande partie la marche fâcheuse des ulcères primitifs à l'emploi prématuré des applications mercurielles. Leur action nuisible, dit-il, se reconnaît à la conversion de la surface de l'ulcère en une masse jaunâtre. Ce changement indique ordinairement une augmentation de sécrétion, une disposition à l'envahissement et une exagération de la sensibilité. Aussitôt que ces applications sont remplacées par des astringents, la modification qui s'opère dans l'aspect des ulcères indique les causes auxquelles étaient dus les phénomènes précédents. Les mêmes faits s'appliquent à l'usage interne du mercure, même lorsqu'il est donné à dose très-faible, et soigneusement surveillé pendant la période ulcérative.

Avant de passer à la discussion du traitement du chancre simple, je dirai un ou deux

mots de l'emploi du mercure et de l'iode dans les symptômes locaux et constitutionnels de la gonorrhée. Le docteur Wallace emploie et recommande le mercure, dans la persuasion que le virus de la gonorrhée et celui de la syphilis sont identiques, d'où il appelle la gonorrhée catarrhe syphilitique primitif. Il emploie le mercure jusqu'à ce que tout le système en ressente une légère influence, « dans le but de s'opposer au développement des bubons et des phénomènes consécutifs. » Cinq grains de pilules bleues et un quart de grain d'opium, répétés deux fois par jour pendant deux ou trois semaines, paraissent suffisants au docteur Wallace pour remplir le but qu'il se propose. Quoique nous soyons loin de croire ces vues correctes, et que nous désapprouvions la pratique qui consiste à administrer le mercure comme spécifique d'une maladie spécifique; bien que nous n'ayons pas oublié les paroles d'A. Cooper sur le traitement de cette maladie par le mercure dans *Guy's Hospital* : « Forcer un malade à subir un traitement mercuriel pour une maladie qui ne l'exige pas, est un procédé qui jette du discrédit et du déshonneur sur la profession médicale », cependant nous admettons que le mercure doit être employé exceptionnellement dans la blennorhagie : 1° lorsqu'il y a un chancre caché; 2° quand il y a épanchement de lymphe plastique, et que la prolongation de l'écoulement doit faire craindre un rétrécissement. A l'époque du docteur Wallace, la science ne connaissait pas les chancres cachés dans l'urètre, lesquels existent indubitablement, et expliquent parfaitement, par leur présence accidentelle, les succès qu'obtenait dans sa pratique ce médecin, et qui l'ont engagé à conseiller le mercure comme méthode générale. Mais outre ces chancres de l'urètre, je suis convaincu qu'il y a des cas chroniques et très-prolongés qui sont causés et plus ou moins entretenus par des épanchements intersticiels de lymphe dans les tissus environnants; d'où naissent des indurations et des rétrécissements du canal. Le docteur Wallace fait lui-même allusion à ces cas, lorsqu'il remarque que lorsque l'écoulement ou la gonorrhée chronique s'accompagne d'indurations à l'urètre, etc., il est prudent de soumettre le malade à un court traitement mercuriel, en partie, parce que l'induration et le rétrécissement de l'urètre dépendent souvent de l'effet spécifique du virus vénérien, et en partie parce que, lors même que ce n'est pas là le cas, le mercure à dose altérante constitue fréquemment le meilleur remède. « J'ai eu, ajoute-t-il, en plusieurs occasions la satisfaction de voir, non-seulement l'écoulement, mais encore l'induration et le rétrécissement, disparaître aussitôt que le malade commençait à ressentir l'influence spécifique du mercure.

Dans le rhumatisme gonorrhéique, l'iodure de potassium, administré avec précaution à doses modérées, est à beaucoup près le moyen le plus utile.

Dans toutes les variétés de chancre simple, aussitôt qu'elles ont été ramenées par les antiphlogistiques à un état non inflammatoire, si la guérison tardait, nous aurions recours au mercure à doses modérées, et aux applications locales d'onguent gris, dans le but de hâter la cicatrisation et de protéger la constitution. Il sera quelquefois nécessaire, dit le docteur Wallace, de donner le mercure dans les chancres simples, pour provoquer la cicatrisation, *parce que* ces affections superficielles sont pour la plupart très-promptement guéries par les moyens simples. Néanmoins ils sont quelquefois très-opiniâtres, disposés aux fongus ou à l'induration, jusqu'à ce qu'on emploie ce médicament. Mais le mercure est surtout utile dans les formes superficielles comme dans les plus excavées, pour mettre la constitution à l'abri. En conséquence, son opinion définitive est qu'il faut employer le mercure dans la syphilis superficielle pour protéger la constitution, et au besoin pour hâter la cicatrisation.

Quand ces ulcères sont situés sur le prépuce ou le scrotum, ils revêtent quelquefois un caractère très-prononcé d'opiniâtreté; et si, dans ces cas, le mercure jusqu'à légère salivation ne parvient pas à produire la guérison, il faut l'abandonner et le remplacer par l'iodure de potassium, quoique nous devions avancer que ce dernier moyen ne possède aucune influence évidente sur leur cicatrisation. M. S. Cooper a été conduit par son expérience à croire que ces ulcères arrivent très-lentement à l'état de guérison, quel que soit le médicament employé; que le mercure, excepté à dose altérante, hâte peu la guérison, tandis que la salivation lui est contraire; et que l'iodure de potassium, uni à la salsepareille, est un moyen préférable.

C'est un fait indubitable, que la fréquence des symptômes secondaires est en raison directe de la durée des accidents primitifs; d'où il est évident que l'on doit adopter le traitement qui guérit le plus promptement ces derniers. Mais on peut affirmer que le danger de l'infection générale n'existe que pendant les périodes d'ulcération et d'état, tandis que la période de cicatrisation n'est jamais dangereuse, même lorsqu'elle se prolonge beaucoup. Dans les périodes où l'inoculation est inefficace, la constitution se trouve à l'abri; cependant cela n'est pas certain. La période qui se prolonge dans les ulcères mentionnés ci-dessus est celle de granulation, et c'est durant cette période que les moyens locaux judicieux sont avantageux. Dans la première période, nous avons affaire à un ulcère à la fois irritable et virulent comme le virus

lui-même, tandis que dans la seconde il est entièrement dépourvu de ces caractères.

Chancre induré. — Cette forme de chancre a été décrite par M. Hunter comme possédant une induration « très-circonscrite, ne se fondant pas graduellement avec les parties environnantes, mais se terminant brusquement. Sa base est dure et ses bords un peu saillants. » Mais outre cette forme, le chancre induré renferme encore l'ulcère proéminent et la cicatrice indurée des ulcères primitifs. Presque tous les praticiens sont d'accord sur les avantages d'un traitement mercuriel prolongé jusqu'à ce que toute induration ait disparu. Ricord avance que le mercure est aussi avantageux dans ces cas qu'il est nuisible dans les autres, et le chirurgien qui néglige d'en faire usage doit être responsable des accidents consécutifs qui succèdent presque certainement à cette forme du chancre. Il dit qu'il a invariablement recours au mercure chaque fois qu'une induration accompagne le chancre, soit qu'il précède sa guérison, soit qu'il suive une cure superficielle, soit que, portée à l'excès, elle produise la forme phagédénique. M. Carmichaël, qui n'est pas partisan du mercure comme spécifique dans les chancres vénériens, établit que ce médicament, judicieusement employé dans la forme indurée, prévient tous les symptômes locaux ou généraux de la maladie, et que les doses altérantes peuvent bien amender, mais non guérir entièrement les effets du virus. Le témoignage de M. Guthrie est que, sans l'influence constitutionnelle du mercure, les applications locales variées ne produisent que peu d'effet sur les ulcères qui persistent à des périodes variées, mais toujours, pendant très-longtemps, se cicatrisant et rongeant alternativement sur la base indurée. Desruelles dit que, dans ces cas, aucun traitement n'est aussi avantageux que le mercure, et que ses effets sont si marqués, qu'il est porté à le regarder comme un spécifique. M. Mayo remarque que, dans le chancre induré, le mercure doit être employé aussitôt que la nature de l'ulcère est déterminée. Il est probable que le délai même d'un petit nombre de jours diminue l'action des propriétés prophylactiques. Pour la même raison, il doit être employé en deux façons et en quantité telle, que le système soit affecté aussitôt que possible sans être exposé à ses fâcheux effets. C'est dans la véritable syphilis primitive indurée, dit le docteur Wallace, que le mercure est particulièrement approprié ; car il n'est aucun médicament dont l'influence, favorable sur une maladie quelconque, puisse être comparée à la sienne sur cette forme de la syphilis. Il doit être employé largement, et continué pendant plus longtemps que dans la forme régulière de la maladie. Les doses altérantes souvent ne suffiront pas, et les symptômes persisteront souvent, jusqu'à ce que *l'état mercuriel* du système ait été produit, après quoi ils disparaîtront rapidement.

Les avantages du traitement mercuriel dans la forme indurée de la syphilis sont clairement démontrés par le témoignage de toutes les meilleures autorités modernes ; et quoique cette forme, aussi bien que toutes les autres, puisse se guérir sans mercure, cependant la guérison est incertaine, tardive, laissant fréquemment après elle une induration spécifique qui s'ulcère de nouveau sous l'influence de la première cause excitante. La règle est que le mercure doit être continué jusqu'à ce que toute induration ait disparu. Delpech, Wallace, Ricord et Cullerier insistent particulièrement sur le caractère fâcheux de la cicatrice indurée ; ils la considèrent comme l'indice de la persistance de l'action syphilitique dans le système, et le précurseur d'accidents à venir. Le meilleur traitement est le mercure à dose modérée, continué pendant longtemps et d'une manière parfaitement régulière, de manière à éviter toute action locale irritante.

Les observations précédentes ne s'appliquent pas aux ulcères qui sont devenus indurés par suite d'excès et de l'usage intempestif d'applications irritantes pendant la première période. Ces cas sont fréquemment atteints d'inflammation et d'une auréole inflammatoire ; ils demandent le repos, une diète légère, des purgatifs, et peut-être des émissions sanguines. Si l'induration persiste après la disparition de ces symptômes, le mercure alors aura la même efficacité que dans les cas dont il a été question plus haut. Le docteur Wallace dit que l'on peut distinguer ces cas par leurs antécédents et par le caractère de leur auréole. Ainsi, si la syphilis primitive indurée n'est pas envahie par l'inflammation ou l'irritation, elle ne sera point environnée d'auréole inflammatoire, mais par une auréole calleuse et d'un blanc livide, avec ou sans une ligne blanchâtre sur les limites ou sur la marge de la surface ulcérée, ou bien encore la peau environnant l'ulcère aura sa couleur normale.

Chancre phagédénique. — D'après ce que j'ai observé, je suis pleinement convaincu que le mercure ne doit pas être employé en règle générale dans la plupart des formes et des périodes de l'ulcère phagédénique ; mais que, par exception, il peut devenir un auxiliaire très-utile pour s'opposer à ses ravages. Les auteurs sont divisés relativement à la valeur du traitement mercuriel. MM. Carmichaël et Key le rejettent entièrement. M. Carmichaël, avec l'école française, le rejette comme un remède très-dangereux. Il attribue à son emploi les cas graves de chancres gangréneux et phagédéniques qui se développèrent dans l'armée anglaise au commencement de la guerre péninsulaire, et la bénignité de la maladie chez

les habitants du Portugal, à ce que leurs médecins s'abstenaient du plus petit atome de mercure. M. Key admet que ce médicament tend à augmenter l'irritabilité, à affaiblir les forces du malade, et à exciter l'action phagédénique. « L'absence de repos, dit-il, et l'irritabilité du système artériel et nerveux qui en est la conséquence, sont les circonstances saillantes de ces cas. » M. Guthrie avance que les symptômes secondaires sont rares à la suite des chancres phagédéniques, pourvu que l'on se soit abstenu de mercure. M. Rose apporte également son témoignage pour confirmer les mauvais effets de ce métal et des stimulants, et la rareté des phénomènes secondaires. Au contraire, le docteur Wallace soutient qu'il y a plusieurs variétés de chancre phagédénique dans lesquelles le mercure est tellement utile, qu'il devient indispensable; et, quoiqu'il ait été trop partial pour le mercure, nous lui sommes cependant redevables pour ses observations sur ce sujet. M. Lawrence, dans ses leçons, est dans l'habitude de remarquer que l'ulcère phagédénique n'exige pas le traitement mercuriel général, mais qu'il arrive quelquefois que, lorsque l'ulcération phagédénique marche rapidement, et qu'elle détruit les parties, il en arrête les progrès. « Je sais, remarque-t-il, qu'il serait difficile de préciser quelle est l'espèce d'ulcération phagédénique dans laquelle on doit l'employer, et celle dans laquelle on ne doit pas l'employer. C'est une difficulté que l'expérience seule peut surmonter; mais je pense qu'il est juste de dire qu'il existe de tels cas. » Cet auteur a souvent vu la salivation produite accidentellement par l'usage des fumigations cinabrées dans les ulcères phagédéniques de la gorge, et a trouvé que, non-seulement ces ulcérations, mais encore les autres affections du système, en étaient favorablement modifiées. M. Ricord pense également qu'il est des circonstances dans lesquelles le traitement mercuriel est suivi des meilleurs résultats, et que ce fait est constamment prouvé par la pratique des partisans du traitement simple, lesquels professent la plus grande aversion pour le mercure.

Ces autorités sont suffisantes pour prouver que le mercure est, dans certains cas, un remède utile dans l'ulcère phagédénique. Une question très-importante est de savoir quelles sont les périodes et les conditions dans lesquelles il peut être employé avec avantage.

M. Lawrence dit que lorsqu'il y a un simple état phagédénique du chancre; quand aucune suppuration n'est observée; quand il n'existe que l'absorption ulcérative, et la destruction des parties qui en est la conséquence, sans aucune rougeur ou tuméfaction considérable des tissus environnants, sans aucun trouble constitutionnel prononcé, mais que seulement le progrès de la destruction est rapide, il peut être avantageux d'administrer un traitement mercuriel actif. Ricord divise l'ulcère phagédénique en trois classes: l'induré, le gangréneux par excès d'inflammation, et le gangréneux par débilité ou par disposition constitutionnelle. Dans la forme indurée, il pense que le traitement interne, associé aux calmants locaux, est aussi avantageux qu'il est nuisible dans les autres formes. Cependant il ne paraît pas pouvoir donner des règles d'après lesquelles on puisse se diriger pour administrer le mercure dans ces dernières formes; car il nous apprend que lorsque le chancre continue à s'étendre en dépit d'un traitement local attentif, il emploie ce minéral d'abord localement, uni à l'opium, ensuite à l'intérieur ou en frictions; mais il ajoute que dans l'état actuel de la science il est impossible de préciser les conditions dans lesquelles ce traitement est indiqué. M. Mayo paraît suivre une règle semblable quand il dit: « On ne peut nier que dans quelques cas, un traitement mercuriel, court et énergique, modifiera la maladie et produira la cicatrisation de ces graves ulcères. Néanmoins, ce remède est le dernier auquel on doit avoir recours. »

(*La suite au prochain numéro.*)

Orchite a droite; apparition de la blennorrhagie après celle de l'orchite.

C..., âgé de vingt ans, cordonnier, couché au n° 7 de la salle 11; est entré le 25 avril pour une orchite. Voici son histoire. Ce jeune homme paraît faible; il est maigre, il a l'apparence d'un individu déjà épuisé par les excès; dans son enfance, il n'a jamais eu d'engorgement glandulaire.

Le 17 avril il eut des rapports avec une femme; deux jours après il marcha un peu plus que d'habitude, et quatre jours après, le 21 avril, il commença à ressentir des douleurs dans l'aine droite. Inquiet, il examina son canal, et il reconnut qu'il n'existait pas le plus faible écoulement; il porta son attention sur l'état de l'urètre jusqu'au jour de son entrée, 25 avril, et il ne constata jamais ni écoulement, ni douleur en aucun point du canal. Cependant la douleur de l'aine marcha vers les bourses, le scrotum à droite se tuméfia et devint douloureux dès le 22; la tuméfaction augmenta les jours suivants, les douleurs s'accrurent, et il y eut de la fièvre. Le 25 avril, la tumeur avait le volume du poing, la peau était assez lisse, et tendue sur elle; elle était égale, unie, l'on ne distinguait point le testicule de l'épididyme; point de liquide dans la tunique vaginale, ou en si faible quantité, qu'elle est inappréciable. J'examine avec soin le canal, en le pressant de toutes les manières, et aucune hu-

meur ne sort du méat. Le malade répond de nouveau qu'il a attentivement fait cet examen qu'il n'a jamais constaté l'existence de la moindre goutte d'humeur. — Cataplasmes sur la tumeur, repos du lit. Le 26 avril ce jeune homme dit avoir fait sortir le matin, en pressant le canal depuis sa racine, une goutte de pus épais et verdâtre. Repos au lit, cataplasmes sur la tumeur. — 27, elle est moins volumineuse, la peau est ridée; on distingue bien le testicule; l'épididyme, fort gros, est engorgé. (*Ann. de la chirurgie française, etc. mai* 1844.)

Remarques. — Dans mon mémoire sur l'orchite, on peut se rappeler que j'avais mentionné le fait d'un malade qui paraissait avoir eu une orchite avant le développement de la blennorrhagie; ce fait je ne l'avais rapporté qu'avec une extrême circonspection, comme on doit toujours le faire lorsqu'il s'agit d'un fait nouveau, et que les circonstances n'ont pas permis de constater avec toute la rigueur possible. Le fait qui précède, et qui a pu être observé avec tous les soins désirables, vient donner à l'opinion que j'émettais alors avec tant de réserve un important appui. On verra d'ailleurs par la suite plusieurs autres faits analogues qui se sont depuis peu présentés à mon observation. H. DE C.

POULS DE DESQUAMATION.

Le docteur Holscher, éditeur des Annales Hanovraises de Médecine universelle, a appelé l'attention des médecins sur la lenteur du pouls qui annonce et accompagne la desquamation de la peau dans quelques exanthèmes, et particulièrement dans la scarlatine et l'érysipèle. Quelque fréquence que présente le pouls dans ces maladies, on le voit aussitôt que la desquamation commence et souvent en une seule nuit, se ralentir au point de ne plus donner chez les adultes que 60 pulsations par minute, et parfois même 50 seulement, tout en conservant de la plénitude, de la mollesse et de la régularité.

Le pouls conserve cette lenteur pendant 3 ou 4 jours et même davantage, mais si on permet au convalescent de se lever, il s'accélère de 10 à 15 pulsations par minute, suivant l'intensité de la maladie, l'âge, l'irritabilité, etc. du sujet. Voilà ce que l'auteur appelle pouls de desquamation et il a eu raison de recommander ce signe à l'attention des praticiens parce qu'il est un indice certain de la guérison de la maladie, même dans les cas les plus graves, et qu'il peut engager à user de moyens plus énergiques pour combattre s'il est nécessaires d'autres symptômes concomitants.

(*Filiatre-Sebezio, juin* 1844.)

POMMADE CONTRE LES RAGADES DES ORTEILS.

Une des formes les plus douloureuses de la syphilis secondaire sont les fissures qui se produisent à la face interne des doigts des pieds, et qui, circonscrites par une auréole rouge, sécrètent un pus syphilitique. Les malades passent les nuits sans sommeil et maigrissent à vue d'œil sans éprouver de fièvre; dans quelques cas même, la gangrène survient et détruit les orteils l'un après l'autre. Le docteur Hershmann vante beaucoup, pour guérir rapidement cette maladie locale, un onguent composé avec de la litharge, du précipité blanc et quelques gouttes de laudanum de Sydenham dans les cas rebelles... Cette pommade serait aussi, selon lui, infaillible dans les ulcères phagédéniques profonds qui succèdent parfois à la vaccine chez les sujets scrofuleux ou syphilitiques. La guérison de ces sortes d'ulcères est plus rapide si on prend le soin de les laver plusieurs fois par jour avec une infusion de mauve ou de ciguë.

(*Oesterr. Med. Woch, Schmidt.*)

SUR LE TRAITEMENT DE LA TEIGNE PAR L'ACIDE ACÉTIQUE, PAR LE DOCTEUR WIGAN.

La méthode employée par le docteur Wigan consiste à raser la tête en laissant subsister un cercle de cheveux, si toutefois ils n'offrent pas des traces évidentes d'altération. Il emploie ensuite, comme moyen explorateur, l'acide acétique concentré, étendu de trois parties d'eau; cette première application a pour effet de rougir la peau dans les endroits malades, même dans ceux qui, au premier abord, paraissent parfaitement sains. Chacun de ces endroits ainsi devenus rouges est humecté au moyen d'une petite éponge fixée au bout d'une baguette et imbibée d'acide acétique concentré pur. A la suite de cette cautérisation il se forme une escarre; cette escarre augmente de volume et dès qu'elle est complétement desséchée, on peut la détacher en ayant soin, cependant, de ne pas l'enlever lorsque la peau sous-jacente est encore à vif. Les cheveux poussent ensuite; si cependant ce résultat n'était pas obtenu, on devrait employer d'autres applications, quoiqu'il y ait des inconvénients à les répéter trop souvent.

Les complications de la teigne, telles que le *porrigo impetiginosa*, et autres maladies du cuir chevelu, ne nécessitent aucune modification dans le traitement.

(*Journal für Kinderkraukhisten*, mars 1844, p. 141.)

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

1re ANNÉE. — 1er VOLUME. — N° 12. — JUILLET 1844.

ANNALES

DES

MALADIES DE LA PEAU

ET

DE LA SYPHILIS,

PUBLIÉES

Par ALPH. CAZENAVE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Médecine, etc.

Periculosum est credere et non credere.

DE LA CAUTÉRISATION

DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU.

(Deuxième article.)

Presque tous les caustiques ont été vantés et employés dans le traitement des maladies de la peau; on les a tour à tour appliqués, depuis le nitrate d'argent jusqu'au fer rouge. Ce serait cependant une erreur de croire qu'il est indifférent de s'adresser à tel ou tel moyen de cautérisation. Plusieurs considérations importantes doivent diriger le médecin dans le choix qu'il est appelé à faire; et ces considérations sont basées principalement sur la nature du mal, sur son siége, sa forme, son étendue, sa gravité actuelle; sur l'état général, l'âge, le sexe de l'individu, et surtout enfin sur le but réel que l'on veut atteindre. Ainsi, par exemple, on se contentera d'un acide minéral plus ou moins étendu pour exciter la surface atonique d'un vieil eczema, pour activer la cicatrisation de l'ulcère superficiel, mais baveux, qui appartient à certaines formes de l'ecthyma. D'un autre côté, on préférera le nitrate acide de mercure, la pâte de chlorure de zinc ou la pâte arsenicale pour cautériser un lupus. Dans le traitement de cette affection rongeante elle-même, on choisira un caustique différent, plus ou moins actif, suivant qu'elle occupera le visage, ou qu'elle sera fixée sur une partie du corps qui permet d'être moins réservé, si je puis dire ainsi, dans la cautérisation, selon que les ravages actuels seront plus ou moins rapides, selon que le mal sera plus étendu, suivant que l'on voudra détruire complétement les tissus malades, ou seulement en modifier la vitalité. On aura recours à un caustique moins énergique quand il s'agira d'un lupus superficiel, quand le malade sera un enfant, une femme, un individu à peau blanche, fine, très-irritable.

Comme je l'ai dit dans le précédent article sur l'emploi des caustiques dans les maladies de la peau, à part quelques affections dans lesquelles l'utilité de leur application est au moins contestable, tels que certains exanthèmes et quelques formes vésiculeuses, contre lesquels on les emploie pour borner les ravages d'une éruption envahissante, ou pour faire avorter la maladie; à part ces cas, dis-je, la cautérisation n'est applicable qu'aux affections qui ont de la

tendance à détruire les tissus envahis. Il y a bien aussi quelques circonstances où l'on a recours aux caustiques, moins pour détruire les parties malades que pour modifier les surfaces, pour activer leur vitalité, etc. ; mais, je le répète, c'est surtout au point de vue des éruptions qui tendent à détruire que l'étude de la cautérisation dans les maladies de la peau présente quelque intérêt. Or, comme j'ai dit déjà que leur application au traitement des syphilides était chose inopportune et dangereuse, c'est le lupus qui résume presque seul l'histoire des divers emplois de ces modificateurs si puissants.

Depuis longtemps déjà on a renoncé au cautère actuel, vanté si souvent par les anciens ; et si l'on excepte aujourd'hui la pustule maligne, et surtout les plaies d'inoculation virulente, on ne s'en sert jamais dans la pathologie cutanée. Appliqué autrefois au traitement du lupus, le cautère actuel semblait favoriser l'hypertrophie du tissu cellulaire, si commune dans ces maladies. Appliqué sur des tissus peu épais, il déterminait le gonflement des cartilages et des os. On a dû le remplacer par des moyens dont les résultats étaient plus sûrs, et dont l'application surtout était plus complétement exempte d'inconvénients. On comprend qu'on se serve du fer rouge pour attaquer un point limité qu'on pourra détruire en une fois ; mais on ne saurait y avoir recours impunément dans une maladie étendue, rebelle, dont il faut acheter la guérison par quarante, cinquante cautérisations successives, souvent plus. Ce n'est donc pas sans raison que le cautère actuel a été remplacé par les caustiques proprement dits.

Le nitrate d'argent est à peu près le seul caustique *solide* auquel on ait quelquefois recours dans le traitement des maladies de la peau. Il est l'agent ordinaire de cette cautérisation dont j'ai déjà parlé plusieurs fois, qui sert à faire avorter un érysipèle ou à en borner les progrès envahissants. C'est l'agent abortif par excellence proposé contre la variole, le zona, etc. ; c'est de lui que se servait Alibert avec tant de facilité dans le traitement de la plupart des maladies de la peau ; c'est à lui qu'on en appelle trop souvent encore aujourd'hui dans des circonstances analogues. Déjà je me suis expliqué sur ce qu'il y a de vicieux, selon moi, dans de pareilles méthodes ; je me contenterai d'ajouter ici que l'emploi du nitrate d'argent comme caustique solide doit être en général assez restreint, qu'il est quelquefois utile pour arrêter en effet les progrès d'un érysipèle vague, pour activer certaines surfaces, dernier cas dans lequel on lui préfère généralement sa solution plus ou moins concentrée.

Les caustiques *pulvérulents* sont aussi d'un emploi assez rare dans la thérapeutique cutanée. En général, presque toutes les poudres sont appliquées sous forme de pâtes, et à ce titre nous les retrouverons tout à l'heure. Il y en a cependant deux surtout auxquels j'ai reconnu des applications positives, pour ainsi dire spéciales et réellement importantes : l'un, connu sous le nom de poudre de Dupuytren, est un mélange d'acide arsénieux et de calomélas dans la proportion d'un à deux centièmes du premier. Ce mélange est un caustique doux, facile à manier, dont je me sers souvent avec avantage chez les enfants, chez les femmes, chez les individus dont la peau est blanche, irritable, quand le lupus est peu étendu, superficiel. Avec un peu de soin et de persévérance, on obtient avec ce caustique une guérison solide, qui n'est achetée cependant que par une cicatrice légère. Pour l'appliquer, si la surface n'est point humide, il faut la dénuder à l'aide d'un petit vésicatoire, puis la couvrir d'une couche de quelques millimètres de ce mélange. Cette application n'est pas très-douloureuse ; elle détermine cependant, au bout de quelque temps, d'une demi-heure à une heure, un peu de chaleur, un gonflement léger ; la poudre, à l'aide de l'humidité de la surface malade, se convertit en une pâte molle d'abord, puis plus tard en une croûte sèche, grisâtre, adhérente, qui laisse à sa chute une modification telle qu'un petit nombre de cautérisations est souvent suffisant.

L'autre caustique, beaucoup plus actif, n'est autre chose que la poudre de Vienne, employée plus souvent sous forme de pâte, et qu'à ce titre j'examinerai tout à l'heure. Je m'en suis servi plusieurs fois avec un avantage incontestable dans ces cas graves de *noli me tangere* de la face, qui, dans leurs progrès affreux, ont détruit les os et les parties molles, et qui offrent des pertes de substance étendues, inégales, pénétrant profondément dans quelques points où ils sont devenus difficilement accessi-

bles à l'application d'une pâte caustique. J'ai vu, dans ces circonstances, Biett saupoudrer ces ulcérations avec la poudre de Vienne, qu'il était facile d'introduire jusque dans les points les plus étroits. A son exemple, je l'ai employée dans des conditions tout à fait analogues, et comme lui j'ai été assez heureux, alors que la guérison n'était plus possible, pour modifier du moins d'une manière avantageuse les surfaces malades, pour arrêter pendant longtemps les progrès de cette affection si grave.

Les caustiques *liquides* sont au contraire très-fréquemment employés dans une foule de maladies de la peau. On y a recours pour modifier les surfaces baveuses d'un vieil eczema, d'un impétigo chronique, pour activer la cicatrisation de ces exulcérations de mauvaise nature, qui appartiennent à certaines formes d'ecthyma, chez les vieillards, chez les individus dont la constitution est détériorée. Dans ce cas, on promène sur la surface malade une barbe de plume imbibée d'une solution de nitrate d'argent ou d'acide hydrochlorique plus ou moins étendu. Ici ce n'est pas une cautérisation à proprement dire ; il n'y a pas de tissu détruit par le caustique ; les surfaces malades sont activées : elles deviennent rouges ; les bords se gonflent légèrement ; l'éruption passe de l'état chronique à un état aigu plus favorable à sa résolution ; le fond baveux de l'ulcération prend un aspect plus rouge, plus vermeil, et le travail de cicatrisation est plus rapide.

J'ai souvent employé une solution de sulfate de cuivre, soit pour détruire ces petites hypertrophies de l'épiderme qui se présentent quelquefois en si grand nombre sous forme de verrues, sur les épaules et sur le dos, soit pour combattre une affection beaucoup plus rare et aussi plus grave, certaines productions cornées reposant sur un pédicule comme fongueux, développées aussi sur le dos et au devant de la poitrine. La dissolution doit être alors plus ou moins concentrée, suivant l'énergie que l'on veut donner au caustique, énergie qui devra différer naturellement, selon que l'on aura à combattre le premier ou le second des deux cas. J'ai vu, il n'y a pas longtemps, un jeune homme qui portait un grand nombre de ces productions cornées, dont quelques-unes égalaient le volume du petit doigt ; sous l'influence de lotions faites avec une solution de 1 gramme de deutosulfate de cuivre pour 200 grammes d'eau distillée, la base se flétrissait au bout de quelques jours, la portion cornée tombait, et des cautérisations nouvelles achevaient la guérison du pédicule fongueux.

On a proposé et employé avec des résultats divers plusieurs lotions caustiques dans le traitement du favus. Je signalerai encore ici la solution de sulfate de cuivre peu concentrée, celle de nitrate d'argent, diverses lotions acides, et principalement la lotion d'acide acétique étendu.

Enfin, c'est encore le lupus dans le traitement duquel on a recours le plus souvent aux caustiques liquides. Des ulcérations légères ont été très-heureusement modifiées par des attouchements répétés avec un pinceau trempé dans l'huile animale de Dippel ; mais on est ordinairement obligé de s'adresser à de véritables caustiques. C'est ainsi qu'on cautérise les surfaces malades avec du beurre d'antimoine, mais plus fréquemment avec le nitrate acide de mercure. De tous les caustiques liquides, ce dernier est très-certainement celui que l'on met le plus communément en usage, et dont les bons résultats ont été le mieux et le plus souvent constatés. Il est à la fois énergique, assez facile à manier, d'un effet constant, et il a deux modes d'action qui tous les deux ont une grande valeur, et que l'on peut obtenir pour ainsi dire à volonté suivant la manière dont on l'emploie. Ainsi, appliqué pur et vigoureusement sur une petite surface, il agit comme un caustique puissant, il cautérise, et voilà tout ; appliqué légèrement, surtout sur des surfaces plus larges, et plus ou moins étendu lui-même, non-seulement il cautérise superficiellement, mais il est évidemment absorbé, et il devient un double modificateur, qui agit et localement et d'une manière générale. Suivant l'effet que l'on veut obtenir, on applique le nitrate acide de mercure ou sur des surfaces non dénudées, ou sur des surfaces humides ; quelquefois on recouvre les parties malades d'un plumasseau de charpie imbibée du caustique liquide ; c'est surtout lorsque l'on cautérise des parties fortement tuméfiées, et aussi quand on veut obtenir le double effet dont je parlais à l'instant. Le plus souvent on l'applique à l'aide d'un pinceau trempé dans le liquide, et promené rapidement sur la surface que l'on veut cautériser. Cette application dé-

termine une douleur vive et immédiate, surtout quand elle est faite sur des surfaces dénudées. La place touchée blanchit immédiatement, elle se couvre bientôt d'une croûte jaune accompagnée pendant plusieurs heures, quelquefois pendant plusieurs jours, d'un gonflement inflammatoire assez prononcé. Bientôt les accidents locaux cessent, et il reste une croûte brune assez adhérente, et dont la chute est plus ou moins rapide, suivant que les surfaces cautérisées étaient sèches elles-mêmes, ou étaient le siége d'une ulcération plus ou moins profonde, plus ou moins étendue.

Enfin on préfère presque généralement aujourd'hui les *pâtes* caustiques, moyen ordinairement très-actif, mais dont on peut facilement mesurer et graduer l'énergie. Elles sont seules applicables aux formes de lupus non ulcérés caractérisés par des tubercules isolés, avec une hypertrophie plus ou moins considérable des tissus sous-cutanés.

La pâte de chlorure de zinc est celle dont on fait un usage plus habituel; elle consiste dans un mélange de *chlorure de zinc* et de *farine* dans la proportion de 1 partie de l'un contre 2 parties de l'autre, ou à quantités égales. On les mélange en ajoutant le moins d'eau possible, et la pâte qui en résulte, exposée à l'air, acquiert une élasticité qui en rend l'application facile. — Une couche de quelques millimètres, appliquée sur une surface recouverte de son épiderme ou plutôt dénudée, détermine au bout de quelques minutes une douleur qui va en augmentant, et qui persiste pendant plusieurs heures. Bientôt la partie cautérisée devient le siége d'une croûte grisâtre, peu épaisse, très-dure, entourée d'un gonflement inflammatoire peu considérable, et s'étendant à peine à quelques millimètres au delà du point où a été appliqué le caustique. Au bout de 24 à 36 heures, le gonflement a disparu; il reste la croûte qui paraît comme enfoncée dans l'épaisseur des tissus, où d'ailleurs elle semble pénétrer d'autant plus profondément que la couche de caustique était elle-même plus épaisse. Cette croûte, assez adhérente, persiste pendant 2 à 3 semaines, et laisse ordinairement, à sa chute, une surface non ulcérée. Je m'en sers très-souvent dans les cas de lupus que je signalais tout à l'heure, pour détruire les tubercules non ulcérés, ou plutôt, dans un grand nombre de cas, je n'y applique qu'une couche très-mince de la pâte caustique, de manière à ne pas détruire tout le tubercule; et sous l'influence de cette application, j'obtiens souvent la résolution sans l'acheter par une cicatrice plus ou moins profonde.

Il existe une autre pâte plus active encore, et dont l'usage est généralement plus restreint: c'est le caustique de Vienne, qui résulte du mélange à parties égales de potasse à la chaux et de chaux vive en poudre. On peut employer le caustique de Vienne dans les mêmes circonstances que la pâte de chlorure de zinc. Cependant il convient de préférence quand le mal est peu étendu, quand il siége dans des points où l'on peut espérer le détruire par une ou deux cautérisations un peu profondes. Pour s'en servir, on délaie cette poudre avec l'alcool, on coupe un morceau de sparadrap, percé dans le milieu d'une ouverture égale à la surface que l'on veut cautériser; puis ce sparadrap est étendu sur la peau, et, à l'aide d'une spatule, on recouvre toute l'étendue de l'ouverture d'une couche de la pâte, dont ici l'épaisseur ne fait rien. On le laisse appliqué 10 minutes, un quart d'heure au plus, suivant la profondeur à laquelle on veut cautériser; au bout de ce temps, on lève le petit appareil, et au besoin on nettoie la surface avec de l'eau fraîche, ou même avec de l'eau vinaigrée, si la douleur est très-vive. En effet, quelques minutes après l'application, le malade éprouve une douleur ordinairement très-vive et qui souvent est devenue insupportable au bout des 10 minutes, après lesquelles on lève l'appareil. La croûte qui en résulte est plus épaisse que celle qui suit l'application de la pâte de chlorure de zinc.

Il y a quelques années, on se servait beaucoup plus souvent de la *pâte arsenicale*, et je crois que c'est à tort qu'on y a renoncé pour employer de préférence le chlorure de zinc et le caustique de Vienne. Dans le plus grand nombre des cas, et notamment pour les surfaces ulcérées, elle leur est de beaucoup préférable, en ce sens surtout qu'elle a évidemment cette double action dont j'ai parlé plus haut: action locale produisant la cautérisation, action générale résultant de l'absorption et déterminant une modification énergique de l'économie,

Je me sers habituellement de la poudre suivante :

Oxyde blanc d'arsenic, 50 centigrammes ;

Sulfure de mercure, 25 décigrammes;

Poudre de charbon animal, 50 centigrammes.

On en délaie une petite quantité sur un corps solide, et à l'aide d'une spatule, on étend cette pâte liquide sur une surface dénudée qui ne doit pas dépasser en étendue celle d'un franc environ. Cette application n'est pas immédiatement très-douloureuse, mais bientôt il survient non-seulement une douleur vive, mais même au bout de quelques heures, un gonflement érysipélateux qui va croissant, et qui souvent, pendant 24 ou 36 heures, présente des caractères généraux ou locaux d'une apparence réellement grave. Mais ces phénomènes ne tardent pas à se dissiper, souvent avec une rapidité extrême, surtout si on la compare à leur intensité ; il reste une croûte brune très-dure, très-adhérente, qui souvent persiste pendant un mois, et qui laisse voir à sa chute des surfaces cicatrisées ou dont l'aspect n'a pas été précisément amélioré.

La pâte arsenicale, je le répète, est un des caustiques les plus précieux et les plus énergiques : elle convient presque exclusivement dans les cas de lupus anciens, rebelles et surtout pour arrêter les progrès de ces ulcérations qui détruisent en profondeur.

Tels sont les caustiques auxquels on peut avoir recours dans le traitement des maladies de la peau. Comme on le voit, sans qu'il y ait pour chacun d'eux, à proprement parler, des indications spéciales, on peut cependant établir quelques conditions qui président à leur choix. Ainsi, quand il s'agit seulement d'aviver des surfaces indolentes, quand on veut un effet cat héritique etnon pas une cautérisation proprement dite, on a recours au nitrate d'argent, solide ou liquide, à l'acide nitrique ou hydrochlorique étendu, etc. Lorsqu'il s'agit, au contraire, de détruire une partie malade et surtout d'arrêter les progrès d'une affection ulcéreuse, on se sert de préférence du nitrate acide de mercure, dans les cas de lupus superficiels et étendus ; de la pâte de Vienne pour détruire promptement un point limité ; de la pâte de chlorure de zinc pour les lupus à tubercules nombreux et non ulcérés ; de la pâte arsenicale enfin dans les cas de lupus graves, rebelles, qui tendent à détruire sans cesse en profondeur, etc.

Quel que soit d'ailleurs le caustique employé, il importe, en général, de ne l'appliquer que sur de petites surfaces à la fois, le plus souvent à cause de la douleur, de l'inflammation qu'ils déterminent ; pour quelques-uns, à cause des accidents qui peuvent résulter de leur absorption. Pour la pâte arsenicale, par exemple, il importe encore de préparer convenablement les parties que l'on veut cautériser : tantôt en appliquant des cataplasmes émollients, soit pour combattre une inflammation actuelle des parties environnantes, soit pour faire tomber les croûtes qui recouvrent les points sur lesquels on veut appliquer le caustique; tantôt en dénudant les surfaces malades à l'aide d'un vésicatoire. Enfin, il importe toujours de proportionner l'activité du caustique, de mesurer sa quantité à l'effet que l'on veut produire, à l'épaisseur des parties malades, afin de ne pas aider, au contraire, à la destruction que l'on veut éviter, comme cela est arrivé quelquefois, et notamment pour les ailes du nez.

Il est un point qu'il ne faut pas oublier dans l'emploi des caustiques sur le visage, région sur laquelle ils sont le plus souvent appliqués, c'est l'attention qu'il faut faire au voisinage des ouvertures naturelles ; c'es certainement un des points les plus importants dans le traitement du lupus, où, sous l'influence de la maladie elle-même, les narines tendent à s'oblitérer, les paupières à s'érailler, la commissure des lèvres tend à se rétrécir ; la cautérisation mal appliquée, mal surveillée, ne peut que favoriser ces complications graves.

Les accidents généraux ou locaux de la plupart des caustiques sont, dans le plus grand nombre de cas, passagers ou peu graves. On leur a souvent reproché de produire un érysipèle. C'est en effet un accident qui survient très-souvent, et surtout après l'application des caustiques qui sont les plus efficaces, de la pâte arsenicale, par exemple; mais cet érysipèle est lui-même, le plus souvent, un accident heureux, dont les bénéfices ne sont jamais achetés d'ailleurs par rien de grave. Des lotions fraîches, quelques bains de pied, au besoin une émission sanguine, générale ou locale, des boissons rafraîchissantes, acidulées, plus tard un purgatif : tels sont les

moyens auxquels il est alors nécessaire d'avoir recours, et qui suffisent, dans tous les cas, pour arrêter les progrès d'une inflammation qui dépasserait les limites de celle que l'on avait voulu produire.

Enfin chaque cautérisation est suivie de la formation d'une croûte, plus ou moins sèche, plus ou moins épaisse, plus ou moins adhérente. En général, il ne faut pas provoquer la chute de cette croûte, surtout tant que la base ne présente aucun suintement qui trahisse une surface ulcérée. On peut le plus ordinairement, tout en la ménageant, au bout de 8 à 10 jours, cautériser de nouveau, dans un point plus ou moins éloigné.

En résumé, appliquée au traitement des maladies de la peau, la cautérisation a été proposée contre certains *exanthèmes aigus* : c'est un mauvais moyen, si l'on excepte certains cas d'érysipèle vague. — Contre le *zona* comme méthode abortive, elle est rarement applicable à cause du nombre des vésicules, de l'étendue et de l'intensité de l'inflammation. — Contre un grand nombre *d'éruptions chroniques*, notamment contre *l'acné*, le *psoriasis*, c'est une méthode inefficace, accompagnée de beaucoup d'inconvénients, et qui n'est pas toujours sans danger. — Contre les *éruptions syphilitiques*, c'est une méthode irrationnelle et dangereuse. Enfin, sans parler des cas qui réclament l'emploi des cathéretiques, pour aviver des surfaces indolentes, la cautérisation doit être absolument restreinte aux maladies où (les syphilides exceptées) le mal tend à détruire les parties affectées.

LA SYPHILIS

AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

(Cinquième article.)

LA SYPHILIS LARVÉE. — ROSEN. — VIGAROUS. CARRÈRE. — J. HUNTER.

Si l'empirisme était né de la contradiction des doctrines au point de vue de la thérapeutique vénérienne, l'inextricable confusion des théories au point de vue de la syphilis elle-même devait produire un résultat non moins grave ; je veux dire l'extension indéfinie de l'influence syphilitique sur la pathologie générale. Déjà Sanchez (1) avait professé la doctrine des maladies vénériennes chroniques, hypothèse qui devait trouver de nombreux imitateurs ; et comme cela arrive toujours, les copistes ont renchéri à qui mieux mieux sur le modèle. J'ai déjà eu occasion de parler de ce fameux système qui tendait à embrasser sous le nom de maladies vénériennes larvées toutes les affections qui peuvent atteindre l'espèce humaine; je crois devoir en dire ici quelques mots pour mieux faire ressortir l'immensité de la réforme que Hunter était appelé à faire en syphilographie. Il me suffira d'ailleurs de citer ici Rosen, ce populaire médecin suédois, Vigarous, chirurgien peu connu, et Carrère, appartenant comme Vigarous à l'école de Montpellier.

Rosen de Rosenstein a publié, sous le titre d'*Instructions sur les Maladies des enfants et sur leur guérison* (2), une série d'opuscules, parmi lesquels se trouve un chapitre qui parut en 1768 et qui traite de la vérole. Ce petit traité ne mérite une mention particulière que parce qu'il contient un assez grand nombre de faits qui semblent établir la possibilité de la latence pendant un très-grand nombre d'années du virus transmis héréditairement. Rosen rapporte à cette cause l'existence de certains ulcères offrant *l'apparence du lard ;* mais ce qu'il faut signaler surtout, c'est que, suivant les errements que je viens de signaler, il attribue à la syphilis héréditaire l'apparition de certaines formes morbides que l'on n'était pas habitué à lui rapporter, et notamment de la teigne, qui, selon lui, était un signe certain de la présence chez les enfants du virus vénérien.

Vigarous (3), préoccupé de la ténacité de quelques symptômes syphilitiques, a attribué ce caractère grave à la complication de la vérole par d'autres virus, scorbutique, scrofuleux, goutteux, rhumatismal, rachitique, cancéreux, psorique, et il disait des accidents nés de la combinaison d'un virus avec un autre, *« qu'on pouvait les considérer comme des monstres, parce que, participant de deux poisons, ils n'appartenaient*

(1) V. les Annales, 1er volume, p. 170 et suiv.

(2) Underracttelse om barns-sjukdomar, och deras botemedel. — Stockolm, 1764-1768.

(3) Observations et remarques sur la complication des symptômes vénériens avec d'autres virus, etc. — Montpellier, 1789.

ni à l'un ni à l'autre.» On voit tout d'abord que Vigarous se faisait une singulière idée du virus en général, et l'on comprend combien une pareille appréciation devait donner d'élasticité à la symptomatologie vénérienne. Cette théorie, tout étrange qu'elle doive paraître, était cependant basée sur des observations vraies en quelques points. Ainsi Vigarous attribuait la persistance de certains symptômes à ce qu'il appelait un *vice des humeurs*, appréciation vague quoique juste au fond, et que l'on a traduite depuis par un mot plus précis : l'individualité. A ce propos, Vigarous a cité ce fait fameux de six jeunes gens qui, ayant eu commerce avec la même femme, furent infectés de différentes manières, fait qui prouve si bien l'identité des symptômes syphilitiques primitifs. Il est inutile d'analyser ici les observations que notre auteur cite à l'appui de sa doctrine, et les développements qu'il donne aux différents points de son système; ce travail n'offrirait aucune espèce d'intérêt : il me suffira de dire que ces combinaisons imaginaires pouvaient produire les ulcères de toutes sortes, les éruptions les plus graves, les douleurs les plus atroces, le rachitisme, les fièvres lentes, la phthisie, enfin tous les accidents les plus affreux, qui, peints avec les couleurs encore plus sombres, semblent être entassés à plaisir pour effrayer l'imagination. Je n'ai pas l'intention de faire le procès au livre de Vigarous, livre oublié aujourd'hui, mais je ne puis m'empêcher de citer ici, pour faire bien comprendre quelle idée on avait alors des virus, ce que ce chirurgien pensait du poison psorique et de ses effets : « La dartre, dit-il, est une éruption érysipélateuse, occasionnée par une matière âcre et saline qui s'engendre dans le foyer de nos humeurs, qui se porte sur la peau de toutes les parties indistinctement, qui prend diverses formes relativement aux tempéraments et aux vices des liqueurs avec lesquelles ce virus se marie. » Et Vigarous a attribué à ce virus répercuté la faculté de produire des gonorrhées; et il dédiait son ouvrage à la jeunesse des écoles ! — Il termine en donnant la formule d'une tisane dépuratoire, basée sur les sudorifiques, à l'aide de laquelle il avait arraché à la mort une foule de personnes condamnées par tous les médecins. Ces résultats doivent sembler merveilleux, si l'on prend à la lettre les tableaux désolants que cet auteur nous a laissés.

Il était réservé à Carrère de développer dans ses conséquences les plus outrées la théorie de cette syphilis mystérieuse dont Sanchez avait effrayé l'humanité; il a fait un petit traité complet (1) de ces formes dégénérées que le médecin portugais décrivit sous le nom de maladies vénériennes chroniques, et que Bisset (2) signala, dit-on, sous la dénomination de scorbut de terre. Suivant lui, le virus dégénéré pouvait produire la phthisie, les rhumatismes, les ophthalmies, l'asthme, la cachexie, l'hydropisie, la disurie, la paralysie, l'épilepsie, l'apoplexie; et à l'exemple de Vigarous, il le faisait compliquer de tous les autres virus, c'est-à-dire que son influence illimitée pouvait suffire à expliquer toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine. « Enfin, dit-il, nous les voyons (ces affections dégénérées) être souvent la cause de l'extinction des familles, nuire à la propagation de l'espèce, en détruisant, en amortissant chez les hommes le principe et les facultés qui doivent l'opérer, et en altérant chez les femmes le jeu des organes qui doivent y concourir. » Rappelons-nous, à côté de ces sinistres images, que des esprits sérieux avaient cru à l'amoindrissement progressif de la syphilis, et à sa disparition possible !

Carrère a décrit avec beaucoup de soin les signes généraux, la marche, le siége de ces maladies; il les a divisées en maladies vénériennes chroniques masquées, dépendant d'un vice vénérien latent et retenu dans le corps, sans cesser d'être vérolique; en maladies chroniques vénériennes dégénérées, produites ou entretenues par le vice vénérien modifié d'une manière quelconque; en maladies vénériennes chroniques, compliquées par d'autres virus; enfin en maladies chroniques héréditaires. L'auteur suit ces dernières dans tous leurs développements, depuis la naissance jusqu'à l'âge de quarante ou quarante-cinq ans; il ne supposait pas sans doute que la vieillesse fût permise aux individus ainsi affectés. Si quelque chose peut paraître remarquable à côté de ces terribles élucubrations, on remarquera que Carrère ne

(1) Recherches sur les maladies vénériennes chroniques sans signes évidents, c'est-à-dire masquées, dégénérées, ou compliquées. — Paris, 1783.

(2) Medical essays and observations. — London, 1766, Sect. 17, p. 130 et suiv.

propose pour combattre cette vaste série d'accidents de toutes sortes qu'un traitement purement végétal : pourtant cet écrivain était de bonne foi ; on en trouve la preuve dans l'air de simplicité qui règne dans tout son livre, empreint d'ailleurs d'une bonne et honnête érudition.

C'est trop nous occuper peut-être de ces écrits bizarres, qui devaient servir plus tard d'argument contre la syphilis elle-même ; mais il n'était cependant pas possible de les passer absolument sous silence, puisqu'ils complètent l'histoire de la maladie syphilitique, et qu'ils font bien comprendre quelle incertitude régnait alors dans l'appréciation des affections vénériennes, malgré les efforts de tant d'écrivains remarquables. Maintenant, sans nous occuper des noms plus ou moins marquants que nous ne pourrions que citer en passant (1), arrivons à J. Hunter, ce syphilographe si justement célèbre, dont l'ouvrage (2), objet de tant de controverses, a conservé jusqu'à nous son incontestable supériorité.

Lavater disait de ce grand chirurgien, qu'il pensait par lui-même : cet éloge était profondément vrai. Génie éminemment original, Hunter ne dut qu'à lui seul les doctrines qu'il nous a léguées ; homme d'imagination, il imposait ses théories par un entraînement irrésistible ; mais il dut, il faut le reconnaître, la plus grande partie de sa supériorité à la netteté de son intelligence, à son jugement aussi sagace que solide, et enfin à cet esprit éminemment pratique que rien n'a surpassé depuis. Aucune parole de critique ne trouvera de place dans cette analyse, et si je signale quelques erreurs dans une œuvre qu'il faudrait citer d'un bout à l'autre, on devra moins les considérer comme des fautes que comme des dissidences d'opinion.

Hunter a divisé son livre en trois parties principales : la première renferme la théorie de la syphilis, la seconde traite des symptômes *locaux*, et la troisième des symptômes *constitutionnels*. Il a cru devoir présenter, avant d'entrer en matière, quelques considérations sur certaines idées générales, applicables à certains cas particuliers de pathologie syphilitique. Ainsi la *sympathie universelle* sert à expliquer les phénomènes de cachexie, la fièvre hectique, par exemple ; *l'incompatibilité des actions morbides entre elles* donne la clef de certaines incubations prolongées ; la *résistance variable des différents organes à ces actions morbides* explique la marche progressive des affections vénériennes. Nous ne devons pas attacher à ces considérations plus d'importance que Hunter ne paraît en avoir attaché lui-même.

Nous avons vu que la plupart des auteurs avaient cherché à définir ce quelque chose d'inconnu qui est le principe de la syphilis ; mais sous le nom de ferment, de levain, de poison, de virus, c'était toujours la définition de Fernel, définition commentée, expliquée, mais invariable, malgré toutes les formes dont on l'avait revêtue. Hunter la prit dans ce qu'elle avait de vrai, et la compléta en lui donnant la véritable valeur qu'elle n'avait pas eue jusqu'à lui.

Le virus syphilitique resta ce qu'il était, un poison ; mais, pour le distinguer de ceux que fournissent les végétaux ou les minéraux, il l'appela *poison morbide*, c'est-à-dire, que produit d'une maladie, il a la propriété de déterminer toujours une maladie identique. Hunter crut devoir en faire un poison morbide *composé*, parce qu'il agissait localement et généralement. Je crois que cette distinction, point de départ de la théorie du chirurgien anglais, était basée sur une erreur, puisque le propre de tous les virus est de produire inévitablement une maladie générale ; si quelque chose peut distinguer le virus syphilitique, c'est la propriété qu'il a d'agir d'une manière permanente sur l'économie, et la faculté de traduire cette action par des symptômes secondaires ; mais la nature même du virus n'est pas changée pour cela.

Sans s'occuper de la question de l'origine de la syphilis, question qu'il regardait comme étant sans importance, il rechercha de quelle manière l'infection devait avoir lieu. Le virus vénérien gisait essentiellement dans le pus ou dans une matière sécrétée quelconque, qui lui servait de véhicule ; dès lors il n'y avait pas d'infection possible sans ce véhicule, et Hunter croyait le coït parfaitement inoffensif, tant qu'il n'y avait pas de sécrétion virulente. Aussi ne craignait-il pas de conseiller à un mari

(1) J'ai omis à dessein le livre de Tode sur la *non-identité* : j'y reviendrai quand je m'occuperai de celui de B. Bell, et de la théorie du double virus.

(2) A treatise on the venerial disease. — London, 1786.

atteint de gonorrhée, la cohabitation avec sa femme, pourvu qu'il se soumît à certaines lotions ou injections détersives. Ce conseil serait aujourd'hui regardé généralement comme par trop dangereux ; mais il avait pour Hunter plus qu'une valeur pratique, puisqu'il devait en tirer des conséquences importantes, comme la négation de l'hérédité, de la contagion par l'allaitement, etc.

Pour que l'infection pût avoir lieu, il fallait au préalable une double inflammation : l'une simple, présidant à la formation du pus, l'autre spéciale, qui donnait à ce pus ; toute sa spécificité. Une fois ce point établi, cette spécificité était intransmissible par vapeur ; elle était indépendante dans ses effets, et de la quantité et de la fluidité de la matière virulente.

Au temps où écrivait Hunter, on avait déjà mis en avant la théorie d'un virus distinct pour la gonorrhée ; il se déclara hautement pour l'identité du chancre et de la blennorrhagie, appuyant son opinion sur des preuves historiques qui ne me paraissent pas avoir une grande valeur (1), mais aussi sur des considérations pratiques que l'expérience a sanctionnées, et qui sont encore aujourd'hui toutes-puissantes : ainsi il s'est fondé sur ce que la gonorrhée peut produire le chancre, comme elle peut être produite par lui, sur ce que surtout la gonorrhée pourrait être suivie de symptômes *constitutionnels*. En effet, toute la question est là, et principalement dans le dernier point, vainement nié de nos jours. A ces démonstrations Hunter en a joint une autre, basée sur une pratique alors toute nouvelle, pratique passée aujourd'hui à l'état de système, je veux dire l'inoculation. J'ai déjà parlé de cette opération purement hypothétique ; j'aurai l'occasion d'y revenir plus au long en examinant les doctrines de M. Ricord ; je me contenterai de citer ici l'observation que Hunter a fait servir de preuve à l'identité. Cette observation est très-connue d'ailleurs, et l'on sait positivement que l'illustre chirurgien ne craignit pas de la recueillir sur lui-même. Hunter s'étant inoculé sur la verge de la matière gonorrhéique, il en résulta des chancres bien caractérisés, compliqués de bubon, suivis de symptômes secondaires... Cette expérience dura trois ans, et bien qu'elle ait été rudement attaquée, elle a conservé pour les observateurs de bonne foi toute la valeur que son auteur lui avait accordée : c'est-à-dire qu'elle a démontré que la blennorrhagie peut produire le chancre.

On objectait aux partisans de l'identité l'impossibilité d'expliquer la différence essentielle entre les divers symptômes primitifs ; Hunter demanda la raison de ce phénomène à la différence des tissus affectés. Il admit que quand le virus attaquait des surfaces sécrétantes, il y avait blennhorragie ; qu'il y avait chancre quand c'était une surface non sécrétante qui était affectée. Ce système pouvait être vrai, mais pas d'une manière absolue ; aussi fut-il attaqué vigoureusement, entre autres par Babington, qui établit que l'urètre pouvait être le siége de chancres et en conclut que la théorie de Hunter n'avait aucune valeur. C'était conclure de l'exception à la règle. Mais je n'ai pas mission de défendre ici les opinions de Hunter, et je n'ai à dire qu'une chose, c'est que si elles étaient si facilement attaquables, c'est qu'elles péchaient par la base, comme je le démontrerai plus tard.

Hunter a abordé une question contre laquelle s'étaient brisées toutes les hypothèses des syphilographes, celle qui touchait à la nature même de la syphilis. Rejetant la doctrine de la fermentation vénérienne, il a expliqué la virulence vénérienne par une irritation spécifique. Il ne faisait qu'appliquer à la solution de ce mystère les idées en vogue de son temps, comme on l'avait fait à toutes les époques de l'histoire de la syphilis ! Mais quelle intelligence soulèvera jamais le voile impénétrable derrière lequel se cache la nature des *poisons morbides?*

Hunter avait beaucoup fait en formulant la définition vraie de la maladie syphilitique : on ne comprend pas qu'il n'ait point songé à déduire toutes les conséquences du principe si fécond qu'il venait de poser ; ainsi il a admis que les maladies vénériennes étaient au début des affections purement locales, et cependant il les considérait comme spécifiques, ce qui me semble incompatible avec la doctrine de la localisation. Acceptant d'ailleurs le système de progression tel qu'il le trouvait tout fait

(1) Il s'est efforcé d'établir que la vérole existant à Otaïty n'avait pu y être apportée que par un écoulement gonorrhéique.

dans la science, il reconnaissait une syphilis immédiate (gonorrhée, chancre); une syphilis médiate (symptômes secondaires), et entre ces deux formes distinctes, une sorte d'infection intermédiaire, traduite par le bubon. Cette définition était en contradiction manifeste avec l'idée que l'on doit se faire de la spécificité des poisons morbides; mais nous savons aussi que Hunter s'était imposé d'abord cette conclusion inconséquente en définissant le virus syphilitique un poison morbide composé.

La gonorrhée était donc pour Hunter le résultat de l'inflammation spécifique d'une surface sécrétante; nous connaissons déjà l'objection de Babington; Hunter l'avait prévue, puisqu'il s'est efforcé d'établir par avance que l'écoulement gonorrhéique existait toujours sans ulcération. Ce fait, fortifié des recherches de Morgagni, longuement discuté par Van-Swieten, avait une grande importance pour le chirurgien anglais, puisqu'il était la base essentielle de la théorie de l'identité. On sait aujourd'hui qu'il peut exister des ulcérations dans l'urètre, mais on sait aussi qu'elles constituent une exception très-restreinte; et si Hunter a pu se tromper en citant ce fait exceptionnel, est-il permis d'en conclure à la non-identité? C'est ce que nous aurons plus tard l'occasion d'examiner.

Hunter a été très-embarrassé pour expliquer l'incubation, et il a supposé qu'elle dépendait de l'état de la constitution. Comment comprendre cette explication pour une affection purement locale à ses yeux? Il a signalé d'ailleurs, en parlant des blennorrhagies dites simples, une circonstance trop peu notée, et qui a pourtant une importance extrême : il a dit que l'urètre des sujets qui ont eu des maladies vénériennes a plus de tendance à présenter des symptômes semblables à ceux de la gonorrhée, que le même canal chez les personnes qui n'ont jamais été atteintes de ces maladies. Cette proposition complétement neuve, et qu'il faut selon moi formuler d'une manière plus absolue encore, doit donner la clef de ces écoulements non vénériens survenus presque sans incubation, quelques heures après le coït, par exemple. Hunter avait renoncé à cette vieille croyance, qui faisait considérer l'écoulement comme un mode favorable d'élimination du virus; pour expliquer la disparition du flux gonorrhéique, il disait que les organes qui en étaient affectés devaient perdre après un certain temps la susceptibilité qui les rendait propres à l'action du virus; cela était ingénieusement pensé; mais il en concluait que la gonorrhée guérissait seule, ce qui est évidemment une erreur en théorie comme en pratique.

L'esprit éminemment observateur de Hunter ne devait pas laisser passer inaperçu le singulier caractère qu'ont certaines gonorrhées d'être tantôt contagieuses, tantôt, au contraire, d'une innocuité complète : il l'a parfaitement signalé; mais on doit demander alors comment il se fait qu'il ait persisté à regarder ces écoulements comme des maladies locales.

Hunter a étudié avec le plus grand soin la marche et les caractères du flux gonorrhéique, l'ordre des symptômes, ce qu'il appelle *la cordée*, etc.; il a présenté un historique complet des accidents de toute sorte qui peuvent ou compliquer ou suivre la gonorrhée, mais surtout des rétrécissements de l'urètre, des affections de la vessie, des fistules périnéales et du gonflement de la prostate. Ici, il faudrait tout citer : chaque page est empreinte de ce grand esprit d'observation, qui était le principal mérite de Hunter. En lisant ces considérations toutes pratiques, on se sent pris de cet intérêt saisissant que savait si bien inspirer l'illustre syphilographe; mais cette partie de son livre échappe à l'analyse, et je n'ai pu que la signaler en passant, car j'ai surtout pour but de rechercher les diverses tendances théoriques aux différentes époques de l'histoire de la syphilis. Cependant, je ne dois pas passer sous silence ce que Hunter a dit de l'engorgement des testicules comme suite de la gonorrhée. On sait que ce symptôme avait été attribué avant lui à une métastase virulente, et qu'il était considéré comme un accident bien et dûment vénérien; le chirurgien anglais ne voulut voir dans la *hernie humorale* qu'un effet de la sympathie, et il posa en fait que cet engorgement n'était jamais syphilitique. Il expliqua de la même manière le bubon blennorrhagique, quoique le fait fût un peu plus embarrassant, et il se fondait sur la résolution toujours prompte et facile des engorgements de l'aine après la gonorrhée. Ces propositions, qui viennent contredire encore le principe posé par Hunter en tête de son

livre, présentent une véritable importance, en ce qu'elles sont devenues des arguments pour la théorie de la non-identité. Quant au traitement de la gonorrhée, on doit comprendre ce qu'il devait être pour Hunter, lui qui croyait qu'elle guérissait seule. Il le regardait comme nul dans la plupart des cas, et il déclarait que souvent il avait ordonné des pilules de mie de pain pour tout remède. En règle générale, il recommandait une extrême réserve dans l'emploi des moyens, soit locaux, soit généraux, dirigés contre le flux gonorrhéique; mais tout ce qu'il a dit sur ce point se résume dans cette indication : rechercher pour la gonorrhée ce qui convient au traitement de toute autre inflammation. Ces contradictions sont, il faut le reconnaître, d'une gravité réelle, car elles ont servi évidemment de point de départ à l'esprit de réaction qui mutila le type syphilitique, et qui règne encore aujourd'hui.

Le chancre était, nous le savons, le résultat du contact du virus sur une surface non sécrétante. S'il était moins fréquent que la gonorrhée, Hunter expliquait cette circonstance par la différence de susceptibilité des organes affectés, et aussi par la facilité avec laquelle peuvent être détergés les points sur lesquels se présente habituellement l'ulcération chancreuse. (Cette dernière circonstance lui servait aussi à expliquer pourquoi le chancre était plus fréquent au frein qu'ailleurs.) Il reconnaissait d'un autre côté que l'incubation était plus longue pour le chancre, et il citait un cas où elle avait été de sept semaines; cependant il le regardait comme un symptôme local. Ai-je besoin de dire maintenant que Hunter a parfaitement décrit la marche et les caractères du chancre? C'est une vérité devenue vulgaire aujourd'hui. Remarquons seulement que l'importance qu'il a attachée à l'induration prétendue spéciale de quelques ulcères a probablement inspiré certaines doctrines aujourd'hui florissantes, au point de vue du pronostic de la syphilis; on doit d'autant plus le croire, que Hunter est l'inventeur de ce qu'il appelait la *distance spécifique de l'inflammation*, invention que l'on a peine à comprendre, bien qu'elle fût un corollaire logique de sa théorie de la localisation. Je n'ai rien à dire à propos du phimosis et du paraphimosis, symptômes depuis longtemps bien connus et bien décrits.

Hunter avait reconnu que le chancre ne guérissait pas seul, sans doute, disait-il, parce que l'inflammation tendait à s'étendre sans cesse, et à produire une série non interrompue d'irritation spécifique. Quoi qu'il en soit de l'explication, il regardait comme la méthode la plus simple la destruction du chancre au début, c'est-à-dire le traitement abortif, si en vogue de nos jours, qu'on l'a présenté comme *le seul moyen d'éteindre cet épouvantable fléau* (la syphilis); il croyait qu'à l'aide de ce moyen, aidé de pansements mercuriels (*par précaution*), on pouvait répondre à peu près que l'économie ne serait pas infectée. Cependant, il faut dire que Hunter comptait peu sur cette pratique, ainsi qu'il l'a franchement reconnu, et que, revenant à des idées plus rationnelles, il conseillait le traitement mercuriel, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

Le bubon était pour Hunter le résultat de l'absorption du pus par les lymphatiques. Cette doctrine n'était pas nouvelle, et elle n'a dans l'auteur anglais que le mérite d'être présentée avec une rare sagacité. Cette absorption pouvait se faire directement, et constituer le bubon d'emblée; ou consécutivement à une blennorrhagie, ce qui était rare; à un chancre, ce qui était le plus commun. Hunter n'admettait qu'une espèce de bubon, représentée par tout engorgement syphilitique. Cette théorie du bubon est celle qui domine encore aujourd'hui, avec quelques variantes de forme. Valait-elle mieux que la théorie de la répercussion, contre laquelle on a tant argumenté? Il est au moins permis d'en douter. Hunter a fait tous ses efforts pour poser les éléments précis du diagnostic du bubon vénérien; il a différencié avec soin l'inflammation du système absorbant, selon qu'elle siégeait dans les glandes ou dans les vaisseaux; il a précisé minutieusement le siége et la délimitation de l'infection lymphatique; il s'est ingénié à expliquer pourquoi l'infection s'arrêtait à la superficie du système absorbant; mais, malgré l'habileté infinie de ce maître en syphilographie, il faut bien reconnaître qu'il règne dans cette partie de son œuvre une certaine obscurité, qu'il faudrait attribuer peut-être à l'incertitude de ses doctrines à l'endroit du bubon lui-même. En

effet, Hunter qui était grand partisan de la sympathie, semble sur ce point n'accorder qu'à regret à la spécificité vénérienne des influences qu'il aurait mieux aimé faire dépendre de l'irritation sympathique. Il croyait, d'un autre côté, que l'empoisonnement vénérien pouvait agir sur certaines constitutions comme cause morbide occasionnelle, et déterminer le développement d'accidents qui n'avaient rien de spécial. Les engorgements glandulaires suivis d'abcès pouvaient, par exemple, se manifester chez des sujets scrofuleux atteints accidentellement de syphilis. Hunter n'hésite pas à dire que ces accidents étaient fréquents en Angleterre, à raison de la fréquence du tempérament lymphatique. J'ai remarqué qu'il insistait souvent sur ce point obscur, mais intéressant, et qu'il avait signalé au point de vue de la pratique un fait déjà largement exploité par la théorie (1), c'est-à-dire la faculté que la syphilis aurait eu d'éveiller dans la constitution des susceptibilités morbides jusque-là endormies, de produire ces cas mixtes que Biett a signalés depuis à propos du *lupus*.

Du reste, et bien qu'il y eût absorption, Hunter regardait le bubon comme une maladie locale, présentant seulement plus de chances pour l'infection constitutionnelle. Le chirurgien anglais avait rejeté complétement la vieille opinion qui tendait à faire considérer la suppuration du bubon comme une circonstance prophylactique. Il conseillait la résolution tant qu'elle était possible; mais il pensait aussi qu'il ne fallait pas hésiter à recourir au traitement mercuriel quand la suppuration était établie, soit spontanément, soit par suite de manœuvres chirurgicales. On doit signaler à ce propos une opinion propre à Hunter, et qui résume parfaitement ses doctrines au point de vue de l'infection syphilitique. Conseillant les frictions mercurielles, il voulait qu'elles fussent pratiquées de manière à ce que l'absorption eût lieu à travers la glande malade, saturée ainsi de l'effet modificateur du spécifique. Cette indication comportait une donnée pratique en rapport avec l'invention de la distance spécifique de l'infection. Quand les surfaces correspondant à cette distance étaient trop limitées, les frictions devenaient insuffisantes, et il fallait recourir à un traitement interne. Cette idée doit sembler toute naturelle de la part du praticien qui, à propos du chancre, avait cru pouvoir mesurer la dose du mercure à administrer sur l'étendue et la durée des ulcères vénériens.

La première partie du livre de Hunter peut se résumer ainsi : action superficielle du virus, production des symptômes locaux, le chancre et la gonorrhée; commencement d'absorption avec un temps d'arrêt dans les glandes ou dans les vaisseaux, déterminant un symptôme local aussi, le bubon. On comprend immédiatement que l'infection générale ayant lieu plus ou moins rapidement par des phénomènes d'absorption continue, il y aura ce qu'il appelait la *vérole constitutionnelle*. Cette dénomination, admise aujourd'hui sans hésitation par la plus grande partie des syphilographes, effrayait presque le génie si hardi cependant de Hunter; car il la regardait comme trop significative. Selon lui l'infection, bien que générale, était bornée aux liquides en circulation, agens exclusifs d'absorption, et dès lors la constitution n'était pas, à proprement parler, infectée tout entière... Je crois qu'il faudrait faire à sa dénomination un reproche bien autre, c'est celui de n'être qu'à moitié vraie; mais c'est une opinion qui devra trouver sa place et ses développements plus tard.

Hunter était partisan de l'identité, il l'était sincèrement sans nul doute, et cependant il faut reconnaître qu'il a beaucoup fait pour donner des armes aux adversaires de ce grand et salutaire principe. Sans revenir ici sur la guérison spontanée des écoulements syphilitiques, nous voyons qu'il a fait de l'infection constitutionnelle après la gonorrhée, un fait pour ainsi dire exceptionnel, puisqu'il dit que, comparativement au chancre, elle n'a lieu qu'une fois pour la blennorrhagie contre cent pour l'ulcération. Je ne veux pas critiquer ce calcul; mais il faut bien dire qu'il a pu encourager les fauteurs de la doctrine du double virus.

L'infection dite constitutionnelle épargnait, selon Hunter, toutes les sécrétions. Ainsi la salive, le lait, le sperme, n'étaient jamais atteints. Aussi l'auteur anglais en a-t-il conclu que la transmission par l'hérédité d'une syphilis constitutionnelle était un phénomène impossible; aussi n'admettait-il qu'avec une extrême réserve la vé-

(1) Syphilis larvée.

role congéniale, et l'infection par l'allaitement, soit du fait de l'enfant, soit de celui de la nourrice.

Recherchant, comme on l'avait fait tant de fois, s'il existait un certain ordre nécessaire dans le développement des symptômes constitutionnels, Hunter a admis un premier ordre, comprenant les accidents qui peuvent survenir à la peau, aux amygdales, au nez, à la gorge, à la surface interne de la bouche, quelquefois à la langue. Mais si ces symptômes apparaissent généralement les premiers, ce n'était que par suite d'une certaine progression du virus, qui aurait attaqué d'abord les organes où on les voit se manifester. Hunter posait en principe que toutes les parties susceptibles d'être infectées l'étaient en même temps, et que l'ordre d'apparition des phénomènes secondaires dépendait, non d'une agression particulière du virus, non de sa nature qui l'aurait porté plutôt vers un point que vers un autre, mais d'une disposition plus ou moins grande des parties à l'irritation spécifique. Il y avait enfin un second ordre, comprenant les affections du périoste, des aponévroses, des tendons et des os.

Si l'on veut faire un instant abstraction du système de l'infection progressive, c'est ici surtout qu'il faudra professer pour l'œuvre du grand syphilographe une admiration sans réserve ; c'est à propos des considérations précédentes que, résumant sa pensée sur les éléments complexes de la maladie vénérienne, il a posé les véritables bases de la physiologie syphilitique. L'absorption, en mettant le poison morbide en contact avec l'économie, constituait *l'infection* : il en résultait une irritation vénérienne générale qui, déterminant une modification plus ou moins profonde, produisait la *disposition* syphilitique; et enfin, cette disposition se trouvant mise en jeu plus souvent par une cause occasionnelle, il y avait *action*, c'est-à-dire manifestation de la syphilis secondaire. Hunter admettait que la disposition spécifique étant donnée, il y avait *action* plus ou moins prompte, selon que les organes étaient plus ou moins accessibles à certaines influences accidentelles, au froid par exemple, qui pouvait déterminer une lésion du premier ordre par une sorte de perturbation mécanique. Il résultait d'ailleurs de ce système si pratique que la manifestation des symptômes secondaires n'était pas soumise à une règle invariable, que leur mode d'apparition pouvait souffrir des exceptions nombreuses, surtout en raison de l'influence constante et indéfinie que devait exercer sur le développement et la marche de ces maladies la constitution du sujet affecté. Hunter en avait vu des exemples, et il l'avouait. Si maintenant on applique cette théorie à la syphilis tout entière, et non plus seulement à une portion de cette maladie, on aura, selon moi, l'appréciation complète de la véritable marche, des véritables caractères de l'empoisonnement vénérien. Quoi qu'il en soit de l'application restreinte que le chirurgien anglais avait fait de cette doctrine, aussi belle que neuve, il faut le féliciter hautement de l'importante conquête dont il enrichissait la science ; en quelques lignes il faisait plus pour l'histoire de la syphilis que les trois siècles de discussion qui l'avaient précédé. Et cependant combien peu les successeurs de Hunter ont profité de ses importantes doctrines ! combien ils se sont éloignés, au contraire, de cette voie féconde qu'il avait ouverte aux investigations de l'avenir ! Aujourd'hui, malgré les travaux d'hommes remarquables d'ailleurs, il faut, pour continuer l'œuvre de Hunter, la reprendre au point où il l'avait laissée, puisqu'il est vrai de dire que les écrits des syphilographes modernes, tout inspirés qu'ils sont de l'ouvrage du maître, n'ont servi qu'à dénaturer les principes qu'il avait posés, et dont pourtant les conséquences étaient si faciles à déduire.

Mais pour revenir à Hunter, il nous reste à le suivre dans le développement des phases diverses de sa syphilis constitutionnelle. Le cadre que je me suis tracé ne permet pas l'analyse détaillée de la symptomatologie, et je ne devrai dire que quelques mots de cette partie intéressante, d'ailleurs, par ce cachet pratique et original qui marque si bien le livre de Hunter. Les éruptions vénériennes sont décrites ou plutôt indiquées avec des caractères vagues et diffus. Cependant Hunter a bien signalé leur marche chronique, leur couleur spéciale, leur tendance à l'ulcération. Ce qu'il importe de noter surtout, c'est que le chirurgien anglais a parfaitement apprécié ce que l'on comprend à peine aujourd'hui, c'est la possibilité des syphilides primitives. A propos de l'intervalle qui peut s'écouler entre les accidents primitifs et les accidents secondaires,

sans préciser d'ailleurs la durée de l'intervalle lui-même, il raconte qu'il a vu une éruption se manifester simultanément avec un chancre, et il explique ce fait, contraire à sa théorie, par la possibilité de l'absorption d'emblée. Prenons acte du fait et de l'explication : la règle n'est-elle pas là où le maître ne voyait que l'exception?

Hunter a traité successivement des ulcérations consécutives, soit aux amygdales, soit à la gorge, soit à la langue, oubliant les plus intéressantes peut-être, celles de la pituitaire : puis, passant aux affections du deuxième ordre, il a décrit les maladies des os, des tendons, et, sous le titre de disposition hectique, signalé la cachexie vénérienne.

Tout le monde sait que Hunter était partisan déclaré du mercure, déjà singulièrement attaqué de son temps; aussi en a-t-il fait la base exclusive du traitement de la syphilis constitutionnelle. Nous avons vu qu'à toutes les époques de cette revue rétrospective on avait cherché à expliquer la spécificité du mercure avec les idées en vogue à ces mêmes époques. Nous connaissons la théorie des chimiâtres sur la combinaison des acides mercuriels avec les acides vénériens; nous avons vu Astruc emprunter à la médecine mécanique sa doctrine de l'expulsion des globules virulents de la syphilis; Hunter n'obéissait-il pas à certaines opinions florissantes de son temps, quand il disait que le mercure guérissait en substituant une irritation particulière et nouvelle à l'irritation vénérienne? Suivant lui, l'infection gisait dans le sang; il fallait donc agir sur la circulation sanguine, c'était là surtout le propre du traitement mercuriel. Quoi qu'il en soit de ces idées, Hunter voulait que le mercure fût administré à doses progressives et en raison de la nature des symptômes : il voulait aussi que rien ne fût changé au régime habituel, à moins qu'il n'y eût excès; enfin, discutant la valeur comparative du traitement interne ou du traitement à l'extérieur, il préférait le dernier à cause surtout des répugnances que soulevait l'administration intérieure des préparations mercurielles. En résumé, il avait foi surtout dans l'onguent mercuriel, dont il aidait l'efficacité par le gaïac, la salsepareille, la ciguë et l'opium, employés comme adjuvants souvent très-utiles.

Hunter s'est demandé enfin à quoi on pouvait reconnaître la guérison de la syphilis, et quelles devaient être les limites du traitement : sur ce point il lui a été impossible de poser aucune règle précise. Il reconnaissait que la *disposition* était plus difficile à guérir que l'*action*; on comprend cela facilement, puisque l'une est la maladie et que l'autre n'est que le symptôme; l'action pouvait disparaître alors que la disposition devait persister longtemps. Ces considérations conduisaient le grand praticien à insister après que le symptôme était guéri, pour guérir la syphilis elle-même. Quant aux limites de cette insistance, Hunter croyait qu'il fallait d'autant plus persister que la maladie avait duré plus longtemps et qu'elle avait été plus intense.

Si maintenant il faut résumer cette analyse imparfaite de l'œuvre si importante de J. Hunter, je dirai : Au point de vue de la théorie, l'illustre syphilographe a laissé la seule définition vraie du virus vénérien; il a formulé aussi la véritable appréciation de l'infection spécifique par le virus. Si les grands principes qu'il avait devinés n'ont pas donné tous leurs résultats, c'est que les héritiers de ce maître n'ont pas songé ou n'ont pas consenti à en déduire les conséquences logiques et nécessaires. Au point de vue de la pratique, J. Hunter a prouvé qu'à une sagacité sans rivale il joignait une puissance d'observation qui le place pour jamais au premier rang; la description et le diagnostic ne laissent chez lui rien à désirer. Si enfin il faut formuler l'éloge que mérite cette intelligence supérieure, je ne puis mieux le faire qu'en disant que Hunter est encore aujourd'hui le syphilographe le plus fort, le plus complet, le plus original qui ait existé. Nous comprendrons mieux cette vérité en voyant ce que ses successeurs ont fait de cette syphilis qu'il avait illuminée des séduisantes splendeurs de son génie.

OBSERVATIONS.

IMPÉTIGO DE LA FACE A LA SUITE D'UNE ÉMOTION MORALE VIVE. — LIMONADE, PURGATIFS, CHICORÉE SAUVAGE ET HYDROCHLORATE DE CHAUX, BAINS DE VAPEUR. — GUÉRISON.

Hôpital Saint-Louis.

Le 2 mai 1844 est entrée dans mon service, pour se faire traiter d'un impétigo de la face, la nommée A..... (Antoinette), âgée de 17 ans, née à Paris, jardinière.

Cette malade a une forte constitution; elle est d'un tempérament sanguin assez prononcé, sa face est injectée; ses cheveux sont noirs; ses yeux bleus.

Ses parents n'ont jamais eu de maladies de la peau.

A l'âge de 8 ans elle a eu, du côté gauche, un engorgement des ganglions de la partie inférieure du cou, engorgement qui s'est ulcéré et a duré 2 mois. Réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans, elle n'a jamais eu de dérangement du côté de la menstruation. Les digestions sont faciles et les grandes fonctions paraissent à l'état normal. Depuis 2 ans seulement la malade est tourmentée de céphalalgies fréquentes qui n'affectent aucun type particulier.

Environ un mois avant son entrée, la malade eut une frayeur vive, un jardinier avait voulu lui jeter un crapaud à la figure. Dès ce moment elle eut une céphalalgie intense, la face resta rouge, injectée, et le surlendemain de la frayeur il survint au menton quelques rares pustules d'impétigo. Des croûtes jaunâtres, obrondes, granulées se formèrent bientôt. Huit jours après, une nouvelle poussée aiguë répandit l'affection sur presque toute la surface du menton; elle gagna même la partie inférieure de la joue jusqu'aux angles de la mâchoire. A..... fit, sur les surfaces malades, des lotions avec du vin tiède sucré, des embrocations avec la pommade de concombre; elle prit, à l'intérieur, une liqueur blanche, dont elle ignore le nom.

Le 2 mai, jour de l'entrée, le menton porte 8 à 10 petites plaques croûteuses irrégulièrement disséminées; il y en a aussi 3 ou 4 sur chaque joue, une à chaque commissure des lèvres; partout les croûtes sont rondes, convexes, légèrement anfractueuses, d'un jaune qui rappelle un peu la couleur du miel; elles sont entourées d'une auréole d'un rose tendre et sur les limites de cette coloration on retrouve par places les pustules parfaitement caractéristiques de l'impétigo. Partout il y a des démangeaisons vives, mordicantes. (Limonade, 2 portions d'aliments). Pendant 8 jours je continue les mêmes prescriptions, la malade est purgée à deux reprises avec l'eau de Sedlitz. L'éruption ne paraît pas devoir faire de nouveaux progrès; il ne s'est point développé d'autres pustules. La coloration qui entoure les surfaces croûteuses commence à disparaître; cependant les croûtes sont toujours adhérentes, et la malade continue d'éprouver des démangeaisons constantes qui la sollicitent quelquefois à vouloir entamer les croûtes de son éruption.

Le 10, je prescris la tisane de chicorée sauvage, avec addition de 2 grammes de solution aqueuse d'hydrochlorate de chaux, tous les 2 jours un bain de vapeur, 3 portions d'aliments.

Dès les premiers bains, les démangeaisons se sont calmées, les croûtes ramollies tombèrent en partie; la coloration rose qui entourait les surfaces croûteuses disparut pour faire place à une injection uniforme de la face. Dès ce moment aussi on put, presque chaque jour, constater les progrès rapides vers la guérison. Les croûtes détachées complétement laissèrent à nu des surfaces d'une coloration un peu brunâtre, d'une sensibilité un peu vive. Peu à peu cette coloration perdit de son intensité; la sensibilité se calma, et, le 24 mai, la malade réclama sa sortie, que nous n'avons pas accordée parce que nous voulions insister sur le traitement et la mettre ainsi à l'abri d'une récidive.

Remarques.—Cette observation présente un intérêt réel au point de vue de l'étiologie des maladies de la peau. L'expérience m'a démontré que la plupart de ces affections étaient évidemment sous la dépendance de troubles soit passagers, soit constants du côté de la constitution. Comment comprendre, en effet, le rapport qui existerait entre un accès de frayeur et le développement plutôt d'une forme impétigineuse que d'une éruption de vésicules que d'un eczema par exemple. Ici il est bien évident que l'émotion morale n'a agi que comme cause occasionnelle, que comme moyen de perturbation; que l'élément morbide étant donné, il y a eu un impétigo, parce que, comme nous le verrons, en suivant l'histoire de ce type intéressant, il y avait chez la jeune malade

prédisposition constitutionnelle à ce genre d'affection. On en aurait la preuve suffisante dans les antécédents de ce sujet, qui, comme on l'a vu, avait été atteint dans sa première enfance, d'engorgements ganglionnaires, attributs constants du tempérament lymphatique. Malgré la guérison assez rapide de cet impétigo, il faut être bien prévenu que dans des cas analogues, les récidives sont toujours à craindre, et qu'il est utile d'insister sur le traitement. On comprend, en effet, que l'éruption étant l'expression d'une manière d'être de l'économie, mise en jeu par une cause occasionnelle, elle peut persister longtemps après que la cause a cessé. Les nombreux exemples que j'ai pu recueillir ne sauraient laisser de doute à cet égard.

PLUSIEURS BLENNORRHAGIES, DONT LA DERNIÈRE S'ACCOMPAGNE DE CHANCRES INDURÉS. — SYPHILIDE ULCÉREUSE TRAITÉE SANS SUCCÈS PAR LES IODURES DE MERCURE ET DE POTASSIUM. — ADMINISTRATION D'UN NOUVEAU MOYEN THÉRAPEUTIQUE (*Cyanhydrargyrate d'iodure de potassium*). — GUÉRISON PROMPTE.

Lép..., âgé de vingt-sept ans, ébéniste, yeux, sourcils et cheveux très-bruns, embonpoint, peu prononcé habituellement, mais moindre maintenant que jamais, taille ordinaire, système musculaire assez développé.

Ce malade, d'une intelligence développée, d'une mémoire fidèle, très-soigneux de sa personne, fournit sur sa santé antérieure les renseignements suivants : à l'âge de dix ans il a eu les fièvres intermittentes, qui ont paru sous des types irréguliers, et ont disparu, après quatre ans de durée, sans aucun traitement, et sans que le malade ait jamais quitté la localité dans laquelle elles s'étaient développées ; il est resté ensuite quatre ans dans le même endroit sans qu'elles se soient montrées de nouveau. Il n'a jamais eu à sa connaissance d'éruption rubéolique, variolique ni scarlatineuse. Il est à Paris depuis dix ans et s'y est toujours bien porté, sauf les maladies vénériennes, dont il va être question. En 1836 blennorrhagie, qui dure un an ; pendant sa durée tantôt le malade continuait son genre de vie, qui était fort régulier à de rares exceptions près, tantôt se traitait pendant quelque temps et reprenait ses habitudes quand il allait mieux. Il y a trois ans nouvelle blennorrhagie non douloureuse, qui dure six mois ; le malade ne fait d'autre traitement que de prendre une tisane rafraîchissante et de s'abstenir de tout écart de régime. Au commencement de l'année dernière (1842), nouvelle blennorrhagie, aussi indolore et aussi bénigne que les précédentes ; le malade va consulter un pharmacien de la rue Royale-Saint-Martin, qui lui donne des poudres à prendre ; l'écoulement cesse au bout de deux mois ; mais trois semaines avant qu'il n'eût entièrement cessé, c'est-à-dire cinq semaines après son développement, sans que le malade eût eu aucun nouveau rapport sexuel, trois petites ulcérations s'étaient développées sur le prépuce ; ces petites ulcérations furent caractérisées du nom de chancres par le pharmacien, qui ajouta à sa prescription une pomade noire pour pansements. Ces chancres s'indurèrent environ cinq semaines après leur apparition, c'est-à-dire quinze jours après la cessation de l'écoulement ; ce fut trois semaines plus tard que le malade vint consulter à l'hôpital. On lui prescrivit deux pilules de Dup, qu'il prit régulièrement pendant quarante jours. Les chancres étaient complétement cicatrisés dix jours avant leur cessation ; mais ils laissèrent à leur suite de petites indurations qui persistèrent encore pendant plusieurs mois. A peine les petites ulcérations furent-elles cicatrisées, qu'il se manifesta sur les deux épaules d'abord, puis sur la partie moyenne du thorax, puis enfin aux membres inférieurs, et surtout aux jambes, au devant des tibias, des boutons rougeâtres, durs, ne renfermant aucun liquide, et ne provoquant aucune démangeaison ni aucune douleur. On laissa reposer le malade pendant quelque temps, puis on le soumit pendant six semaines consécutives à l'usage des pilules de proto-iodure de mercure et de la salsepareille ; malgré ce traitement, suivi avec le plus grand soin, les boutons s'élargirent au point d'acquérir le diamètre d'une pièce d'un franc, quelques-uns même beaucoup plus, ils sécrétaient un liquide roussâtre et finirent par se recouvrir de croûtes épaisses, noirâtres, qui, en tombant, laissèrent les surfaces à vif ; bientôt de nouveaux boutons se développèrent à la tête et sur la face. Ce fut alors que, sur les instances du médecin, le malade se décida à entrer à l'hôpital. Pendant trois semaines on se borna à lui donner des bains, puis on lui prescrivit l'iodure de potassium, qu'il prit régulièrement pendant sept semaines à la dose de 1 à 4 grammes. Pendant ce traitement les croûtes de la face tombèrent, ainsi que quelques-unes de celles qui recouvraient le cuir chevelu, ne laissant à leur place que des rougeurs sans ulcération ; tout le reste persiste dans le même état. Après ce traitement le malade sortit et continua à venir demander des conseils à la consultation publique. On lui prescrivit de la tisane d'orge et des bains sulfureux, qu'il continua pendant cinq semaines au nombre de deux par semaine. Son état ne fut en rien modifié quant à l'éruption, si ce n'est que de nouvelles

croûtes reparurent sur le visage; mais son appétit, qui avait continué à se maintenir bon, diminua sensiblement; ses digestions devinrent laborieuses, et il suspendait toute médication à l'exception de la tisane de bardane, qu'on lui avait prescrite depuis quelques jours, et qu'il continua encore pendant six semaines sans aucune espèce d'avantage. Ce fut à cette époque que je demandai à M. Vidal, qui donnait des conseils au malade, l'autorisation de lui prescrire la solution de cyanhydrargyrate d'iodure de potassium, telle que je la formulerai plus bas. L'administration en fut commencée le 6 mars 1843, alors que depuis près de trois mois la maladie n'avait fait aucun progrès vers la guérison, ou s'était même un peu aggravée. Voici quel était alors l'état du malade: des croûtes noirâtres au centre, jaunâtres sur les bords, d'un diamètre variable entre cinq et vingt-cinq millimètres, existaient sur le front, les joues, le cuir chevelu, le poitrine et les jambes, où étaient les plus larges et les plus épaisses; une de ces croûtes couvrait toute la face externe du pavillon d'une oreille. Sur quelques points où ces croûtes étaient tombées, et spécialement au scrotum, on voyait des ulcérations arrondies, à bords nettement découpés, paraissant entamer une bonne partie de l'épaisseur du derme, avec peu ou point d'induration à leur base, environnées d'une auréole de couleur rouge-brun livide, laquelle se voyait également dans les points où les croûtes existaient encore. Ni les croûtes ni les ulcérations n'étaient d'ailleurs douloureuses; celles du tibia seules provoquaient quelques douleurs, soit spontanément pendant la nuit, soit le soir lorsque le malade fatiguait trop. Les forces étaient notablement diminuées, et l'appétit était tel que je l'ai déjà indiqué; le sommeil n'était que rarement troublé par les douleurs des jambes. L'amaigrissement continuait quoique lentement. Aucun autre symptôme syphilitique n'existait.—Je prescrivis au malade des pansements simples sur les plaies résultant de la chute des croûtes, et à l'intérieur 60 grammes de solution cyanhydrargirique, contenant 10 centigrammes de sel; le malade en prenait la moitié la matin et la moitié le soir.

Un mois après la première dose du médicament les croûtes les plus minces tombèrent, ne laissant qu'une rougeur légère sans excoriation ni induration; toute douleur avait disparu aux jambes; le sommeil n'était plus interrompu; bientôt les croûtes des jambes, du thorax, du front et de l'oreille tombèrent successivement, les unes sans laisser d'ulcération, les autres en laissant des ulcérations peu profondes, qui se cicatrisèrent promptement sans autre médication que les pansements simples; et après deux mois et dix jours toute trace d'éruption avait disparu, à l'exception de quelques rougeurs livides qui existaient encore sur les cicatrices des ulcérations les plus graves ainsi qu'autour d'elles. A cette époque l'appétit était revenu à son état normal; l'embonpoint était revenu au degré où il était avant la maladie; le teint avait revêtu une nuance de santé qu'il n'avait point pendant la maladie; les forces avaient également pris de l'accroissement, et le malade pouvait travailler toute la journée sans éprouver ces lassitudes qui le forçaient souvent à abandonner son ouvrage. Pendant toute la durée du traitement aucun phénomène morbide ne fut produit par le médicament; il n'y eut ni épigastralgie, ni céphalalgie, ni salivation, ni symptômes cutanés. Le régime du malade ne fut en rien modifié, si ce n'est qu'il s'abstint complétement de café et de liqueurs fortes. Pendant les trois mois qui suivirent le traitement, quelques rares croûtes, très-minces, se montrèrent sur le cuir chevelu, lesquelles tombèrent presque aussitôt après leur formation; ces croûtes devinrent de plus en plus rares et disparurent enfin complétement. Au mois de janvier, 1844, aucune récidive n'avait eu lieu; la coloration rouge qui recouvrait et environnait les cicatrices avait disparu; celles-ci étaient devenues blanches et satinées comme toutes les cicatrices syphilitiques. La santé générale continuait à être excellente.

Remarques.—Bien que la thérapeutique de la syphilis soit incontestablement une des plus riches et des plus puissantes de la médecine, des exemples, peu fréquents sans doute, mais qui sont aussi loin d'être rares, viennent de temps en temps nous montrer que cette partie de la science laisse encore à désirer bien des perfectionnements. A propos de quelques cas analogues à ceux dont je viens de rapporter l'histoire, et qui, après un long et infructueux combat, m'avaient trouvé sans armes contre leur opiniâtreté, j'avais essayé plusieurs fois de nouveaux médicaments ou de nouvelles formes de médicaments, mais sans obtenir des succès bien décidés; le sel double de cyanure de mercure et d'iodure de potassium m'avait seul procuré quelques résultats avantageux; malheureusement les faits thérapeutiques sont si difficiles à étudier, lorsqu'on veut mettre quelque sévérité dans l'observation, que je n'avais pas encore trouvé le moyen d'en recueillir un avec tous les détails désirables, lorsque le malade qui fait le sujet de l'observation précédente se confia à mes soins. Si un seul fait pouvait servir de base au jugement qu'on doit porter sur un agent thérapeu-

tique, il faut convenir que nous devrions juger d'une manière bien avantageuse le cyanhydrargyrate d'iodure de potassium; mais je suis trop habitué aux illusions thérapeutiques pour en user ainsi; toutefois, il me semble permis, sans sortir des bornes du raisonnement le plus rigoureux, de croire que c'est à ce médicament que l'on doit attribuer la guérison de Lép....; puisqu'on se rappelle que la maladie, qui avait résisté pendant un temps très-long à différents agents thérapeutiques, a cédé aussitôt que celui-ci a été mis en usage, et cela sans que les conditions hygiéniques dans lesquelles le malade se trouvait fussent aucunement améliorées, ou même bien qu'elles fussent moins avantageuses, à certains égards, sans qu'aucun autre moyen ait été employé simultanément, et ait pu compliquer les effets du premier. Je ne m'empresserai donc pas d'exalter le nouveau médicament comme une panacée, mais je croirai avoir fait une chose utile en introduisant dans la thérapeutique un nouvel agent d'une efficacité incontestable, au moins dans certains cas.

J'aurais désiré fournir des détails étendus sur l'histoire chimique de ce sel, mais la difficulté des recherches qu'il exige n'a pas encore permis à M. Cabadé, pharmacien à Paris, qui a bien voulu se charger de faire ces recherches, de les porter à un degré suffisant de perfection. Je me bornerai à rapporter ce qu'elles lui ont appris de plus important, et qui suffit d'ailleurs au point de vue médical.

Le sel double de cyanure de mercure et d'iodure de potassium, découvert par Caillot, résulte de la combinaison, selon toutes probabilités à équivalents égaux, de ces deux sels simples. Cette combinaison s'obtient en versant une dissolution de l'un dans une dissolution de l'autre; si l'on agit à chaud, il se dépose promptement, par le refroidissement, de belles paillettes blanches, nacrées, qui ne sont autre chose que le sel double. Ce sel se dissout en toutes proportions dans l'eau; il est peu soluble dans l'alcool à froid, soluble en toutes proportions à chaud; enfin il est insoluble dans l'éther. Par l'évaporation à l'air libre on obtient un petit nuage rouge; le même phénomène s'obtient également en laissant évaporer à l'air libre une dissolution de sel dans l'eau distillée.

Lorsqu'on laisse tomber une petite goutte d'acide dans une dissolution de ce sel, il prend instantanément une belle couleur rouge-brique, qui se comporte comme le bi-iodure de mercure. Si, après que ce phénomène est produit, on verse dans la liqueur une solution basique, la coloration disparaît, et la saveur métallique persiste.

L'eau précipite le sel de ses dissolutions alcooliques. Le goût des solutions est amer, styptique, fortement métallique.

Dans toutes les préparations pharmaceutiques qui seront acides, ou qui peuvent le devenir en vieillissant, le médicament se décomposera; dans les compositions neutres ou basiques, il se conserve, sinon indéfiniment, au moins pendant fort longtemps.

Voici maintenant les formes sous lesquelles j'ai eu l'occasion d'employer ce médicament:

(*a*) *Solution pour usage interne.*

Eau distillée, 125 grammes.
Cyanhydrargyrate d'iod. de potass., 20 centigr.

A prendre par cuillerées, une le matin et une le soir, c'est-à-dire 30 grammes par jour en commençant. On pourra porter progressivement la dose, s'il est nécessaire, jusqu'à 125 grammes dans les vingt-quatre heures.

(*b*) *Solution pour usage externe.*

Eau distillée, 125 grammes.
Sel de Caillot, de 20 à 125 centigr.

La dose de 20 centigrammes suffira pour les collyres et gargarismes; celle de 125 centigrammes pourra convenir pour panser certains ulcères chroniques et indolents. Pour les pansements des ulcères syphilitiques ordinaires, la solution à 60 grammes sera celle qu'il faudra préférer.

H. DE C.

REVUE.

DE LA VALEUR COMPARATIVE DES PRÉPARATIONS DE MERCURE ET D'IODE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS,

par le docteur ED. OCT. HOCKEN.

(Suite.)

Le docteur Wallace, dans son très-estimable traité, s'est efforcé de poser des règles précises d'après lesquelles on puisse reconnaître les caractères des ulcères qui réclament ou contre-indiquent le traitement mercuriel. Il croit que la confusion de plusieurs formes du chancre tend à perpétuer l'incertitude du traitement, ce qui le porte à donner la classification suivante, qu'il croit d'une utilité pratique.

Sans gangrène.

1. *Simple.*
2. *Enflammé.*
3. *Irritable.*

Avec gangrène blanche.

1. *Simple.*
2. *Enflammé.*
3. *Irritable.*

Avec gangrène noire.

1. *Simple.*
2. *Enflammé.*
3. *Irritable.*

Dans la première, c'est-à-dire dans l'ulcère phagédénique simple sans suppuration, caractérisé par l'ulcération extensive et quelquefois rapide, sans beaucoup d'inflammation ou d'irritabilité, et dépendant peut-être exclusivement de la persistance ou de l'activité de l'action spécifique qui appartient à la période ulcérative de la syphilis primitive, le mercure est considéré comme indispensable par le docteur Wallace, cette forme étant une de celles dont il ne faut pas se jouer. Il remarque que toutes les fois que l'on rencontrera un chancre phagédénique, lorsqu'il n'aura pas préalablement été compliqué par un traitement impropre, on devra soumettre le malade à un traitement mercuriel, et qu'on n'aura qu'à se féliciter du résultat. Mais si, d'un autre côté, le malade a déjà été *barbouillé* avec les préparations mercurielles, et que sa constitution soit plus ou moins altérée, on agira plus rationnellement en suspendant pour quelque temps l'usage du mercure et en s'efforçant, par des moyens appropriés, mais principalement par le régime, le genre de vie, les acides minéraux et la salsepareille, à remettre l'économie dans un état de calme avant de reprendre le traitement mercuriel, qui cependant alors peut encore être employé avec succès. Les topiques mercuriels, appropriés aux conditions des ulcères, et les fumigations, peuvent rendre de grands services.

Dans la variété de chancre enflammé simple sans suppuration, qui n'arrive que rarement sans une grande négligence, ou chez les bonnes constitutions, par des habitudes dissolues, le traitement doit être d'abord dirigé contre l'inflammation; et après que le chancre est revenu à l'état simple, on doit recourir au mercure.

Dans la forme irritable, le mercure est toujours nuisible, et produit une augmentation de l'irritation locale et générale, d'où peuvent résulter des symptômes secondaires et une fièvre hectique très-difficiles à combattre. Dans les cas où il y a un dérangement, un affaiblissement de la constitution, j'ai vu l'iodure de potassium et l'usage général ou local de l'opium rendre de grands services.

L'ulcère phagédénique simple primitif avec suppuration blanche, est, d'après le docteur Wallace, toujours influencé salutairement par l'action locale et générale du mercure, quels que soient son siége et son étendue, bien que ce médicament soit propre à altérer les constitutions chez lesquelles on observe cette variété d'ulcères. La maladie elle-même est heureusement influencée par l'usage judicieux du mercure; cependant la prolongation du traitement est suivie d'une irritation fébrile mercurielle à laquelle succède promptement une modification fâcheuse des ulcères, qui deviennent d'abord stationnaires et sensibles, et, plus tard, douloureux, envahissants. Des symptômes secondaires du plus mauvais caractère se développent quelquefois dans ces circonstances.

Le chancre phagédénique enflammé à sécrétion blanchâtre exige un traitement antiphlogistique proportionné aux circonstances. Cependant le docteur Wallace est aussi arrivé à la conclusion, que le mercure, s'il est donné à doses élevées, de manière à produire rapidement ses effets sur le système, s'opposera, même dans l'état le plus élevé d'inflammation, aux progrès de l'ulcère. Quoiqu'il ne doive pas être employé aveuglément dans tous les cas, il constituera donc la principale, sinon l'unique ressource, quand la maladie fait des progrès rapides sur des parties importantes. S'il y a une inflammation inaccoutumée, les antiphlogistiques et les évacuants, proportionnés à la nature du cas, doivent être combinés avec le mercure, précisément comme dans les cas d'iritis. Quand, par la combinaison de ces moyens, on aura mis un terme à l'extension ultérieure de la maladie, ce qui se trouve fait quelquefois en peu d'heures, le mercure doit être suspendu, pour laisser le malade se remettre de l'excitation produite d'un côté par la maladie, et de l'autre par le mercure lui-même. Mais aussitôt que la partie affectée et le système sont rentrés dans le calme, le mercure doit être repris sans crainte à dose modérée, et continué aussi longtemps qu'il sera nécessaire. Il faut accorder une attention particulière aux caractères de la gangrène, à son point de réunion avec les parties vivantes durant le traitement. Les traits distinctifs du chancre doivent être pris dans la couleur de l'escarre, à la jonction avec les parties vivantes, et non de sa couleur dans ses autres points, où elle peut devenir noire ou grise accidentellement. Le mercure doit être immédiatement suspendu si l'escarre devient brune ou fauve (couleur de tan, *tawny*) par l'intensité de l'inflammation, ou toute autre cause. Si l'inflammation locale augmente pendant que le malade est sous l'influence du médicament, ou si la surface se débarrasse de l'escarre sans que l'inflammation diminue; enfin, si l'économie se dérange, et qu'en même temps la maladie reste stationnaire, alors qu'on ne trouve aucune difficulté extraordinaire à exciter l'action mercurielle. Le docteur Wallace avance que cette forme d'inflammation qui survient pendant que le malade est sous l'influence du mercure, bien qu'elle soit sûrement aggravée par la persistance du traitement mercuriel, est puissamment calmée par ce traitement, quand elle se développe sous des influences différentes. Le chancre phagédénique irritable avec escarre blanche est lui-même traité de la manière la plus avantageuse, selon le docteur Wallace, par l'administration peu prolongée du mercure à doses élevées, si, toutefois, il n'a pas été préalablement mal traité. Cependant on doit user de grandes précautions, et associer le remède aux narcotiques (une dose élevée d'opium, de poudre de Dover, etc.), et quelquefois au carbonate d'ammoniaque avec la salsepareille. Un traitement local calmant est le plus fréquemment suivi de succès. Dans toutes les formes d'ulcère phagédénique avec escarre blanche, le docteur Wallace considère néanmoins le mercure, lorsqu'il est judicieusement proportionné et soigneusement surveillé, comme le meilleur des remèdes. Il parle de ces ulcères comme des exemples de syphilis primitive à forme aiguë, modifiés par des états particuliers de la constitution, et dit que jusqu'à ce que la voie soit plus clairement tracée, on courra moins de risque de faire du mal, dans les cas douteux, en s'abstenant du mercure, qu'en l'employant.

L'ulcère phagédénique simple et primitif, avec escarre noire, est analogue à l'ulcère gangréneux de Bacot, étant induré, avec escarre noire, fauve ou châtaine, avec peu ou point d'inflammation environnante et très-peu de sensibilité. Il montre souvent une disposition à devenir blanchâtre dans sa circonférence. Dans ses premières périodes, il doit être traité d'après les principes généraux : l'acide nitrique ou nitro-muriatique, avec la salsepareille à l'intérieur, seront avantageux. Après les premières périodes, le travail de séparation et de cicatrisation parfaite sera produit plus certainement, plus promptement, et avec moins d'inconvénient pour la constitution, par l'administration modérée et régulière du mercure que par tout autre moyen. Le docteur Wallace admet que de grandes précautions sont nécessaires pour employer le mercure dans cette forme d'ulcère, à cause de l'état de susceptibilité extrême que le métal peut produire dans le système; et de là il pense qu'on pourra retirer de grands avantages de l'intermission du remède, et de l'emploi, pendant ces intermissions, d'autres moyens capables de donner du ton à l'organisation et de calmer l'état du système nerveux.

Le docteur Wallace a donné les caractères distinctifs suivants de l'ulcère phagédénique enflammé avec escarre noire :

Ulcère phagédénique simple.

1. Avec peu ou point d'inflammation.
2. Avec beaucoup d'inflammation.
3. Avec peu de tuméfaction ou d'œdème.
4. Avec escarres, principalement à la surface.
5° Avec escarre d'un brun noir
6° Lent dans ses progrès.
7° Non accompagné de douleur vive.

Chancre phagédénique enflammé avec escarre noire.

1° Avec inflammation vive.

2° Avec peu d'induration.
3° Avec grande tuméfaction, etc.
4° Avec escarre à la marge et sur les bords aussi bien qu'à la surface.
5° Avec escarre en noir foncé.
6° Rapide dans ses progrès.
7° Souvent accompagné d'une douleur vive.

Les deux dernières formes d'ulcères phagédéniques avec escarre noire correspondent aux ulcères gangréneux de MM. Bacot et Ricord, et tous les praticiens expérimentés s'accordent pour condamner l'usage du mercure dans ces cas. L'ulcère phagédénique noir enflammé se rencontre dans différentes circonstances. Il peut se développer dans la jeunesse ou dans la vieillesse, dans les constitutions robustes ou faibles, bien portantes ou maladives; mais dans tous les cas, aussi longtemps qu'existe l'escarre noire, il exige constamment l'usage du mercure. Quand il y a la fièvre et une excitation sthénique, il requiert les émissions sanguines abondantes, etc., mais quand il y a une cachexie et une débilité constitutionnelles, l'iodure de potassium avec l'opium et la salsepareille à l'intérieur, ainsi que les antiphlogistiques locaux, sont les moyens préférables.

Dans l'ulcère phagédénique irritable avec escarre noire, dit le docteur Wallace, aussi longtemps que persistent ces caractères essentiels (irritabilité et agrandissement par gangrène noire) le mercure ne doit pas être administré, car il les aggravera généralement. Mais quand il y a complication et grande prédominance d'escarre blanche, s'il n'existe pas d'excitation ou de cachexie mercurielle, produite par l'emploi préalable et intempestif du mercure, ce médicament pourra être employé avec avantage, au moins tant que la portion d'ulcère qui s'étend par gangrène blanche persistera, et pourvu qu'on ne le donne que peu de temps, à larges doses, et combiné avec une égale quantité d'opium. Comme sir Georges Ballingall a remarqué que, entre les mains d'un praticien judicieux, le mercure remplira nombre d'indications différentes et en apparence contradictoires, de même entre les mains de l'ignorance, de la témérité, et de l'exagération, il sera plus nuisible qu'utile, dans les cas où il y a beaucoup de débilité et une cachexie du système. Je suis convaincu que l'iodure de potassium, avec d'autres moyens, constitue le remède le plus efficace.

Végétations, etc. — Comme les végétations, etc., proviennent ordinairement d'ulcérations, d'irritations, d'excorations, il sera convenable de placer les considérations qui s'y rattachent avant l'histoire des bubons. Le docteur Wallace pense que les végétations et les excroissances fongueuses méritent une mention spéciale sous la dénomination de syphilis fongueuse primitive. Leur traitement dépend de leur état d'ulcération, d'inflammation ou d'irritation. Il faut que ces états soient calmés avant d'avoir recours à l'ablation ou aux applications irritantes. Quand elles sont indolentes, elles peuvent être lavées avec une solution de chlorure de soude, et saupoudrées avec du calomel. Le docteur Wallace reconnaît des excroissances fongueuses provenant d'ulcérations superficielles ou d'excorations, des excroissances fibreuses ou verruqueuses, lesquelles offrent une surface granulée, et une variété aplatie ou arrondie et comparativement unie. L'action du mercure est tellement efficace dans cette dernière forme, qu'il serait impossible de choisir une forme de maladie vénérienne plus propre à démontrer son influence spécifique. En fait, le docteur Wallace n'a jamais vu cette affection résister au traitement mercuriel, ni éprouver le moindre accident pendant ce traitement, à moins qu'il n'y ait eu quelque grossière négligence de la part du malade. Les topiques mercuriels même parviennent promptement à déterger la surface; mais il ne s'en fie pas à eux exclusivement. Il est intéressant de voir la rapidité avec laquelle ces végétations disparaissent toutes les fois que la constitution est influencée même à un léger degré par le mercure. Les végétations enlevées avant que le système n'ait subi cette influence sont très-sujettes à récidiver; mais si l'influence a été ressentie, il n'y a plus de crainte à avoir à ce sujet.

Bubon. — En discutant l'*applicabilité* du mercure et de l'iode dans le traitement du bubon, nous devons nous rappeler qu'il présente plusieurs périodes et conditions variées : l'inflammation, la suppuration, l'ulcération, la granulation et la cicatrisation pouvant exister avec un état actif ou indolent. Il est très-important pour le malade que le bubon soit guéri avant la suppuration, ou au moins avant l'ulcération. M. Ricord a avancé que dans beaucoup de cas il n'était pas de nature spécifique, mais comme cette détermination ne peut se faire par l'inoculation qu'à une période avancée, elle ne peut servir en rien à l'édification du traitement le plus propre à éviter les conséquences fâcheuses. M. Hunter dit que la résolution de ces inflammations est principalement sous la dépendance du mercure, et presque absolument de la quantité qu'on peut leur faire traverser, et que leur guérison, lorsqu'ils sont parvenus à suppuration, dépend des mêmes conditions. La quantité de mercure que l'on peut faire passer à travers un bubon dépend principalement de l'étendue de la surface absorbante qui le recouvre. Les succès que M. Hunter semble avoir obtenus par cette méthode sont très-grands, et il affirme (p. 373), que depuis qu'il

l'a mise en usage, trois bubons seulement ont suppuré, dont deux existaient chez une personne chez laquelle une petite quantité de mercure avait produit un effet considérable, et chez laquelle on n'avait en conséquence pu en faire passer beaucoup par les aines; mais dans les deux cas la suppuration fut peu abondante en comparaison de ce qu'elle semblait devoir être. L'expérience du docteur Wallace l'a conduit aux mêmes conclusions. Il dit que le bubon syphilitique primitif peut être résous quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent par le mercure, si ce médicament est employé d'après la méthode recommandée dans la syphilis primitive, et s'il est aidé par le repos, les laxatifs, l'abstinence et les lotions rafraîchissantes. En conséquence, il conseille sans hésitation le mercure dans tous les cas, pourvu qu'il n'y ait pas quelque symptôme qui le contre-indique. Au contraire M. Carmichaël pense que les frictions mercurielles employées dans les bubons qui suivent la *venerola indurata*, n'ont d'autre effet que d'augmenter l'inflammation et la tendance à la suppuration, et que ces engorgements auront beaucoup plus de chances d'échapper à cet accident si préalablement ils n'ont pas été soumis à une forte irritation mercurielle. M. Bacot pense également que le mercure produit aussi souvent la suppuration que la résolution des bubons.

L'éducation nous avait prédisposé en faveur de l'opinion de Hunter; et nous devons avouer que l'observation tend à fortifier notre croyance sur les avantages du mercure, pourvu qu'on en use avec modération et qu'il soit combiné avec les antiphlogistiques locaux et généraux. Le mercure ne doit être employé, lorsqu'il existe une inflammation aiguë, qu'après que le repos, les émissions sanguines, etc., auront ramené la maladie à un état plus favorable à son mode d'action.

Des considérations à peu près semblables peuvent s'appliquer aux bubons dans lesquels la suppuration est commencée ou déjà étendue, ces cas étant quelquefois résous par le mercure, mais continuant le plus souvent à progresser. Le docteur Wallace dit que les chances de produire l'absorption du pus sont faibles si le travail de suppuration a commencé de bonne heure, s'il a marché rapidement accompagné de beaucoup de chaleur et de douleur, et s'il existe avec une constitution pléthorique ou sanguine. Mais il remarque que si la suppuration est lente, si elle a tardé à se développer, si elle s'accompagne de peu de chaleur, de douleur et d'inflammation, si la peau sus-jacente est flasque et ridée et présente une tendance à la desquammation, si enfin le malade est moins pléthorique, il ne faut pas désespérer de produire la résolution du bubon et l'absorption du pus, surtout si le mercure n'a pas été préalablement employé. Il dit que le mercure doit être introduit rapidement, de manière à produire son entier effet, mais promptement réduit de quantité, de peur d'une salivation grave ou d'une cachexie mercurielle, sans toutefois soustraire entièrement le système à son influence.

Le mercure a été employé en France localement avec un succès marqué dans les premières périodes des bubons, mais avec des procédés et des intentions différentes. Il a d'abord été proposé au début des bubons par M. Malapert, et a été depuis dirigé avec un succès presque égal contre la seconde période, même lorsque la collection purulente était abondante, par M. Reynaud de Toulon. Le procédé consiste dans l'application d'un vésicatoire, proportionnel à l'étendue de la tumeur, dans l'ablation de l'épiderme le jour suivant, et dans l'application d'un plumasseau de charpie imbibée d'une solution de bi-chlorure de mercure (à 20 grains par once) sur la surface dénudée. La charpie doit rester maintenue pendant deux heures par un bandage, et quand on l'enlève, elle doit avoir produit une escarre brune. Celle-ci est traitée d'après les principes ordinaires de la chirurgie, le malade devant garder le repos jusqu'à la chute de l'escarre. Certains bubons étendus et indolents réclament quelquefois une seconde et même une troisième application avant leur résolution complète. M. Cullerier dit avoir suivi cette pratique pendant trois ans dans les circonstances les plus variées, et pense que c'est une méthode réellement efficace qui doit tenir un rang distingué dans le traitement du bubon. Dans la première période, il ne se rappelle pas avoir vu un seul insuccès. M. Ricord a une opinion également favorable de cette méthode; mais il pense qu'elle ne doit être employée que dans les bubons qui succèdent aux chancres, et qui ont probablement un caractère virulent, car le chancre simple (bub. d'emblée) a très-peu de tendance à la suppuration, et le malade peut avec avantage être dispensé de la douleur et des inconvénients attachés au procédé. Dans ces cas il préfère les emplâtres discussifs d'iode ou de mercure. Dans le traitement du bubon chronique indolent, M. Ricord pense que les frictions d'iodure de mercure, et les compresses imbibées de teinture d'iode sont très-utiles.

Dans les bubons suppurés ou ulcérés, les indications sont à peu près les mêmes que dans les chancres. Lorsqu'il y a un état actif d'ulcération, d'irritation ou d'inflammation, le mercure est contre-indiqué, et les moyens thérapeutiques doivent être dirigés contre ces complications. Quand celles-ci ont été combattues, le mercure devient un auxiliaire avantageux. En règle générale, dit le docteur Wallace, le mercure ne doit être employé, après que la matière purulente a été évacuée, que lorsque la période de granulation est commen-

cée, et cela par la même raison qu'on s'en abstient dans la période d'ulcération du chancre primitif. En un mot, un traitement à peu près identique est réclamé localement et généralement dans le cas de bubon ulcéré et de chancre primitif. Quand un bubon et un chancre primitif existent concurremment, et qu'ils présentent des indications différentes, le docteur Wallace conseille d'adopter, après mûres réflexions, le traitement qui promet en définitive le plus grand avantage au malade.

Les bubons de nature virulente offrent fréquemment des callosités, et leur surface, une couleur d'un brun sale, ou brun clair, couleur de tan; leurs bords sont rouges, irrités et élevés, ou indolents et disposés à l'envahissement. M. Carmichaël remarque que si un semblable ulcère s'étend, on peut avoir recours au mercure, et que dans un grand nombre de cas on verra un prompt amendement suivre son administration.

Dans le continent l'usage interne de l'iode seul ou combiné avec la potasse ou le mercure est considéré comme très-avantageux dans le traitement de plusieurs formes du bubon chronique ulcéré; mais dans cette contrée il n'a pas soutenu la réputation qu'on lui a faite. Cependant, d'après le dire de M. S. Cooper, il semblerait avoir acquis son approbation, puisqu'on n'emploie que très-peu de mercure dans l'hôpital de l'Université, le traitement étant composé presque exclusivement d'iodure de potassium joint à la salsepareille. Ses succès, dit-il, étonnent ceux qui ont été accoutumés à considérer le mercure comme le moyen essentiel de guérison.

SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

Les symptômes qui sont dus à l'infection du système par le virus vénérien sont appelés *lues venerea* ou syphilis constitutionnelle. Ceux qui viennent immédiatement après les symptômes primitifs sont dits secondaires, tandis que ceux qui sont plus éloignés se nomment tertiaires. Comme le traitement le plus efficace diffère suivant les parties affectées, il est évident qu'il y a un avantage pratique à diviser ces symptômes en secondaires et tertiaires, conformément à la division de Hunter, en parties du premier et du second ordre. Ce n'est pas comme secondaire et tertiaire qu'il y a différence d'activité, mais comme exostose, syphilide, orchite, etc.

D'après Ricord, ni les uns ni les autres de ces symptômes ne sont susceptibles de se transmettre par inoculation ; les premiers seulement peuvent se propager par infection héréditaire, mais sans revêtir aucune forme spécifique. Le docteur Wallace, au contraire, qui divise la syphilis constitutionnelle en forme exanthématique et pustuleuse, déclare, après une longue observation, que les symptômes se communiquent par le simple contact aussi bien que par les rapports sexuels infectants; que ces mêmes symptômes peuvent être communiqués par l'inoculation artificielle de leur sécrétion ; que, quel que soit le mode de propagation, il en résulte toujours la même forme de maladie. La syphilis pustuleuse diffère de l'exanthématique par la virulence du poison absorbé ; comme son activité diminue dans les attaques successives, il finit par se rapprocher le plus possible du caractère de cette dernière.

La syphilis secondaire attaque la peau, les membranes muqueuses, les yeux, les testicules, etc.; tandis que les symptômes tertiaires sont constitués par les tubercules de la peau et du tissu cellulaire, des affections des os, du périoste et du tissu fibreux, ainsi que par quelques affections internes non clairement décrites. C'est dans ces derniers symptômes que l'iodure de potassium est si incontestablement utile. Le mercure et l'iode sont l'un et l'autre indiqués dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, et je vais maintenant procéder à l'examen de leur valeur et de leur *applicabilité* respective. M. Ricord pense que la préférence doit être donnée au traitement mercuriel dans les symptômes secondaires, pourvu qu'aucune circonstance n'en contre-indique l'usage. Desruelles dit que le mercure, et spécialement le proto-iodure, est utile dans plusieurs affections secondaires, quoiqu'il se borne en général au traitement simple. Sa règle semble être que les symptômes secondaires qui se manifestent chez un individu ayant déjà été convenablement mercurialisé pour des symptômes primitifs, doivent être traités par les moyens simples, mais que, lorsqu'il succède à des symptômes primitifs qui n'ont pas été traités par le mercure, ce remède doit presque toujours être employé; et, donné à une dose modérée, il est généralement plus efficace qu'aucun autre. M. Humbert, jugeant d'après les résultats de la pratique de Biett à l'hôpital Saint-Louis, remarque que de tous les remèdes, le mercure est le plus efficace dans la cure de la syphilis constitutionnelle, lorsqu'elle existe sans inflammation aiguë; et qu'il vaut mieux s'en abstenir chez les sujets irritables et faiblement constitués. On ne peut nier, dit-il, que les préparations du mercure ne guérissent la syphilis secondaire plus fréquemment qu'aucun autre remède. M. Mayo remarque que de tous les remèdes contre la syphilis constitutionnelle, le mercure est à un tel point le plus important, qu'il est le seul à l'aide duquel l'extinction immédiate de la syphilis constitutionnelle puisse être obtenu par anticipation, quoiqu'il soit rarement juste ou raisonnable de l'employer dans ce but. Tous les au-

tres remèdes, dit-il, sont exclusivement répercussifs, ou capables seulement d'éloigner l'attaque présente. Parmi ces derniers, l'iodure de potassium est à beaucoup près le plus efficace.

Si l'usage modéré et bien proportionné du mercure peut être considéré comme le traitement le plus judicieux, néanmoins il peut devenir très-nuisible dans certains états de la maladie, et dans des conditions particulières du système, spécialement dans la forme tuberculeuse et ulcérative. M. S. Cooper affirme judicieusement que le mercure hâte en général la guérison des symptômes secondaires; mais que dans quelques états de la constitution, même lorsqu'il existe de véritables affections syphilitiques, ou quand les ulcères, qui étaient primitivement de cette nature, ont revêtu le caractère phagédénique ou gangréneux, et sont accompagnés d'inflammation intense ou d'un grand dérangement de la santé, le mercure devient la pire des médications qui puissent être employées dans la maladie syphilitique pustuleuse. Le docteur Wallace pense que l'iodure de potassium convient admirablement pour dissiper les symptômes et pour prévenir les éruptions subséquentes, etc. Le mercure, judicieusement employé, est un remède bien approprié, dans la majorité des cas, pour obtenir le même résultat; mais des rechutes fréquentes le suivent, et de là résulte souvent de grands inconvénients dans son administration. Il y a aussi plusieurs cas dans lesquels, par différentes causes, il ne peut être mis en usage, et des cas dans lesquels son emploi exige plus de soin et de jugement qu'on n'en emploie en général. L'emploi de l'iode, comparé à celui du mercure, demande moins de précaution : il n'est pas contre-indiqué dans un aussi grand nombre de cas; il n'est pas suivi d'aussi fréquentes rechutes, et il est moins susceptible de nuire à la constitution. En résumé, ce médicament constitue le moyen le plus utile contre la forme pustuleuse de la syphilis. Le mercure doit être préféré quand la maladie est plus purement exanthématique; par exemple, dans les variétés rubéolique, squammeuse et fongueuse: tandis que l'iodure est beaucoup plus approprié aux formes tuberculeuses et à celles qui montrent une grande disposition à former des groupes ou à se terminer par ulcération; ou, en d'autres termes, à celles qui paraissent avoir le plus d'analogie avec les groupes pustuleux.

Il n'y a que peu de circonstances qui s'opposent à l'emploi du mercure dans les symptômes secondaires lorsqu'il est administré à propos et avec soin dans des cas favorables; ni l'âge, ni le sexe, ni la gestation, ni le tempérament, ni la saison, ni le climat, etc. ne doivent s'y opposer, quoique quelques-unes de ces circonstances doivent nous rendre plus prudents relativement à la période à laquelle le mercure est employé. M. Acton pense que la plus convenable est celle qui suit immédiatement la manifestation de la maladie, et la plus défavorable, selon toute probabilité, celle de son déclin; car une fois qu'elle a acquis droit de domicile, il y a les plus grandes difficultés à l'expulser de la constitution. Malgré tout ce qu'on a écrit contre ce minéral, dit-il, c'est le seul remède sur lequel on puisse compter dans certains cas; et j'en suis tellement convaincu, que j'ai vu les hommes qui déclament le plus amèrement contre lui obligés d'y avoir recours après que tous les autres remèdes avaient échoué. L'affection s'améliorera souvent en apparence sans mercure, mais comme le malade est exposé à des rechutes sous l'influence des moindres choses, il est beaucoup mieux de commencer immédiatement. Pour parler d'une manière plus particulière sur les indications du mercure et de l'iode dans la syphilis secondaire, je vais considérer les symptômes différents compris dans cette division.

Maladies de la peau. — Toutes les affections syphilitiques de la peau réclament le traitement antiphlogistique pendant la période d'excitation et de fièvre, mais plus tard elles cèdent en général beaucoup plus facilement à l'usage modéré du mercure ou de l'iodure de potassium.

Papules. — Les papules syphilitiques sont fréquemment accompagnées de beaucoup de fièvre, et sont invariablement aggravées par le mercure pendant l'existence de l'inflammation considérable ou de la fièvre; mais quand ces symptômes sont dissipés sous l'influence du temps et du traitement, et qu'il y a une tendance dans l'épiderme, qui recouvre ces éruptions, à la desquamation, le plus grand avantage peut résulter de son emploi. Dans plusieurs cas, les solutions légères de bi-chlorure de mercure peuvent être employées avec beaucoup d'avantages en lotions sur les surfaces enflammées de la peau. Le docteur Williams, de l'hôpital Saint-Thomas, trouve que le lichen syphilitique simple guérit rapidement et sûrement, quand cette lotion est répétée matin et soir, même dans les cas qui avaient résisté préalablement au mercure, à l'iode et à la salsepareille.

Squammes. — Les squammes syphilitiques sont aussi traitées de la manière la plus favorable par le mercure à l'intérieur et à l'extérieur, pourvu qu'il y ait peu d'inflammation et de fièvre, que la constitution du malade l'autorise, et que ce dernier n'ait pas été déjà saturé de ce minéral. Les lotions de bi-chlorure de mercure, avec ou sans acide hydrocyanique, conviennent comme application locale, et dans le psoriasis les onctions avec ong. hyd.

nit. oxyd. Dans le psoriasis syphilitique, comme dans plusieurs autres symptômes constitutionnels, M. Mayo est disposé à penser qu'il est très-important de laisser la maladie se consumer d'elle-même, quand cela est possible, avec peu ou point d'intervention de la part du médecin. Dans les cas les plus virulents un traitement mercuriel conduira avec certitude à la guérison de l'attaque; il doit être spécialement recommandé si le mercure n'a pas été employé lors de la maladie primitive : il dit qu'il répercute seulement mais ne détruit pas l'affection, et que celle-ci reparaîtra, quoique probablement sous une forme moins grave. Le temps le plus opportun pour l'usage du mercure est celui où la maladie a langui pendant un temps considérable, étant, comme on peut le supposer, près de son extinction naturelle; mais quand cependant elle n'est pas manifestement en déclin, et au contraire progresse ou reste stationnaire, l'extinction de la maladie peut alors être accélérée par l'usage du mercure.

Exanthèmes. — Les exanthèmes syphilitiques réclament un traitement semblable à celui des papules : l'emploi des moyens antiphlogistiques pendant la durée des troubles fébriles, et l'usage modéré et bien ordonné du mercure, après que ces troubles ont cessé. Le docteur Wallace a justement observé que la régularité du régime et la médication antiphlogistique réduisaient les tubercules à des plaques squammeuses ou à de simples taches, tandis que l'intempérance et un mauvais traitement font passer les simples taches à l'état de tubercules ulcérés. Selon le docteur Williams, il y a des cas qui ne cèdent qu'à l'iodure de potassium. Un monsieur, qui avait pris pendant plusieurs semaines un traitement de mercure et de salsepareille, se présenta à lui sans avoir été aucunement soulagé : l'iodure de potassium administré pendant peu de temps dissipa tout vestige de maladie, à l'exception de quelques taches qui avaient revêtu préalablement la couleur cuivrée.

Vésicules. Les vésicules syphilitiques, et le rupia, qui est classé dans les maladies vésiculeuses, donnent lieu à quelques considérations particulières. Dans le rupia, l'influence constitutionnelle du mercure est souvent nuisible, et chez les malades débilités et cachectiques il peut devenir dangereux et même fatal; il doit être donné en partie d'après les mêmes règles que celles établies pour le chancre phagédénique; mais nous possédons un remède plus sûr dans l'iodure de potassium. Cette opinion est conforme à celle des hommes les plus pratiques. Le docteur Colles admet que les croûtes du rupia ne subissent que très-peu l'influence du mercure, même dans les cas où une forte salivation est produite chez un individu fortement constitué, et seulement en convertissant les croûtes en ulcères qui, bien que vermeils, d'une surface uniformément polie, creusent profondément la peau, manquent de granulations, ont une marche très-lente, et guérissent difficilement. Mais il a remarqué que le mercure est plus qu'inutile dans tous les cas où le malade est naturellement délicat, où il a été préalablement affaibli par la maladie; car, dans ces cas, ce médicament devient presque invariablement fatal par l'accroissement de la faiblesse, et la diarrhée incurable qu'il produit en général. Ce n'est que chez un petit nombre d'hommes robustes qu'il a pu ne pas être dangereux ou fatal. M. Mayo avance que le remède qui a le plus d'influence sur le rupia est l'iodure de potassium, et que le mercure est en général si nuisible dans la syphilis ulcérative, qu'il ne veut pas l'admettre sur la liste des remèdes qui lui conviennent. Néanmoins, quand la santé est intacte, que le mercure n'a pas été donné encore, une administration peu prolongée de ce médicament peut être utile, soit seul, soit associé à l'iodure. Comme application locale sur les ulcères, *l'ong. hyd. nit. oxyd.* est dans plusieurs cas un remède très-estimable qui, uni à l'iodure et à la salsepareille, est appelé par le docteur Williams *un moyen à succès constants*. Cet auteur remarque que si une grande quantité du médicament est absorbée sans que la constitution soit affectée, il prévient le développement de vésicules nouvelles. Il est tout à fait surprenant de voir comment une amélioration manifeste s'établit chez quelques-uns de ces malades qui prennent dans un hôpital, et pendant un court espace de temps, l'iodure de potassium dissous dans la salsepareille, quoique ces médicaments soient secondés beaucoup par le repos, une diète fortifiante, des liqueurs fermentées avec ou sans opium, etc. Néanmoins, le principal bénéfice du traitement doit être rapporté à l'iodure, car il produit les mêmes résultats en l'absence de ces adjuvants. Il est tout à fait remarquable, comme le dit le docteur Williams, comment les individus émaciés et cachectiques, qui sont les plus exposés au rupia syphilitique, recouvrent leur santé et leur force sous l'influence de l'iodure, et cela sans l'addition de vin, de porter, ou de toute autre nourriture que l'ordinaire de l'hôpital. M. S. Cooper a vu, à l'hôpital du collége universitaire, des exemples variés de rupia céder à l'iodure de potassium à petites doses (3 grains, trois fois par jour); mais, dans quelques circonstances, d'autres moyens étaient nécessaires pour obtenir la guérison.

Pustules. — Les formes modérées des pustules syphilitiques dans l'état chronique et non compliquées d'inflammation aiguë ou de fièvre, demandent l'emploi interne du mercure; mais celui-ci devient quelquefois nuisible quand il se manifeste des ulcérations, ou qu'il

existe beaucoup d'irritabilité locale ou générale. Dans les formes les plus graves, dans l'*ecthyma syphilitique cachectique*, l'iodure de potassium uni à la salsepareille et à l'opium, est le meilleur mode de traitement : tout ce que j'ai dit à propos du rupia est ici applicable. Si les ulcères sont libres d'irritabilité et d'inflammations, quelques pansements mercuriels stimulants hâteront la guérison.

Fissures, etc. — Presque toutes les formes de fissures syphilitiques, et d'ulcères siégeant autour des paupières, des orteils, de l'anus, des doigts, des ongles, etc., sont guéris par le mercure mieux que par tout autre moyen. M. Lawrence trouve que l'usage abondant du mercure constitue le mode le plus sûr et le plus efficace d'arrêter et de guérir les ulcérations syphilitiques des lèvres; aussitôt que son influence sur le système se manifeste, les ulcères perdent leur caractère syphilitique, et alors ils guérissent promptement. M. Mayo dit que les ulcères des paupières seuls sont traités aussi efficacement par le mercure que par l'iodure, mais que ce dernier est plus inoffensif pour la constitution.

Condylomas. — Les végétations condylomateuses affectent la langue, la peau au voisinage de l'anus, aux commissures de la bouche, etc. Quand elles sont enflammées ou irritables, elles réclament un traitement approprié; quand elles sont indolentes, le meilleur procédé est de les laver avec la solution de chlorure de soude, et ensuite de les saupoudrer avec du calomel. Elles cèdent en général rapidement à l'usage interne du mercure.

Affections de la bouche, de la gorge, des narines, etc. — Quelques-unes de ces affections sont légères, d'autres plus graves, dangereuses. Les remarques que nous avons déjà faites relativement au traitement des ulcères primitifs s'appliquent aussi aux ulcérations secondaires. Tous les ulcères simples, une fois qu'ils ont été amenés à des conditions favorables, sont influencés avantageusement par le mercure. Une affection fréquente est l'excoriation d'une assez grande étendue de la gorge et des narines, excoriation entièrement dénudée et recouverte d'une plaque molle d'épithélium épaissi. Cette ulcération superficielle est traitée le mieux possible par des gargarismes de solution noire et l'usage modéré du mercure.

L'ulcère excavé, comme l'observe justement le docteur Bacot, est promptement guéri par le mercure, qui, en général, produit l'effet le plus sensible aussitôt que son influence sur la constitution se fait sentir; l'action locale du gargarisme mercuriel produira même un changement rapide dans la surface de l'ulcère.

Les ulcères phagédéniques et gangréneux de la gorge présentent plusieurs des variétés et des particularités déjà énumérées dans les ulcères phagédéniques primitifs. Pendant que quelques-uns sont remarquables par l'inflammation aiguë et la fièvre qui les accompagne, d'autres se montrent chez des individus épuisés, débilités et cachectiques. Contre les premiers on doit diriger les antiphlogistiques énergiques, et contre les seconds l'iodure de potassium et la salsepareille. Chez les constitutions vigoureuses, quand une fois l'ulcère a pris une marche favorable, un usage modéré de mercure hâte grandement la guérison. La majorité des ulcères de la gorge cependant marchent plus favorablement sous l'influence du mercure et de la salsepareille avec ou sans opium suivant qu'il y a ou non de la douleur et de l'irritabilité. Les mêmes règles qui nous guident dans l'application du mercure aux ulcères phagédéniques primitifs nous servent ici; lorsque l'ulcère phagédénique simple progresse rapidement, qu'il compromet la vie du malade par son extension au larynx, on peut souvent arrêter ses progrès par une introduction rapide de mercure, et restaurer ensuite la constitution par l'iodure de potassium. Dans la grande majorité d'ulcères phagédéniques de la gorge, les applications locales de mercure en fumigations constituent un des meilleurs auxiliaires des remèdes généraux. M. Mayo avance que les ulcères excavés et gangréneux sont influencés d'une manière remarquable par les applications locales de mercure. Les moyens les plus efficaces sont les fumigations de cinabre et d'oxyde nitrique: sous leur influence, l'ulcère se déterge souvent dans l'espace de trois ou quatre jours. Le docteur Williams a trouvé que l'onguent *hydrarg. fort.* appliqué matin et soir détermine une action promptement favorable après l'insuccès des moyens ordinaires. Les succès de ce remède l'engagèrent à faire des expériences ultérieures sur les onctions, et il a trouvé que l'onguent *hydrarg. nitr. oxyd.* peut être mis en usage en petite quantité avec plus d'avantages que l'onguent bleu. Quelquefois, ainsi que je l'ai remarqué, les ulcères de l'espèce dont il s'agit s'aggravent très-rapidement, en dépit du traitement, et mettent le malade dans un danger très-grand; c'est dans ces circonstances qu'une salivation convenable et limitée produira une disposition nouvelle et salutaire dans l'état de la maladie. Ces cas sont influencés d'une manière nuisible par un usage prolongé ou abondant du mercure, et le docteur Colles parle avec raison quand il dit que tous les cas de rechute, quand le malade a sali avec profusion et que l'usage de ce minéral a été répété, sont très-difficiles à guérir. M. S. Cooper n'est pas disposé à admettre que la salivation puisse presque certainement s'opposer aux ravages ultérieurs de l'ulcération; « au contraire, dit-il, j'ai vu la maladie considérablement aggravée par ce phénomène,

et cela quelquefois jusqu'à produire un événement fatal, dans des cas d'ulcères phagédéniques avec escarre noire. » Cet auteur admet que plusieurs ulcérations syphilitiques de la gorge entourées de conditions défavorables sont amendées par des fumigations dirigées sur la partie malade, avec le sulfure rouge ou l'oxyde gris de mercure; mais il pense néanmoins que ces moyens sont efficacement secourus par les applications légères d'acide nitrique.

Iritis. — Il est parfaitement inutile de discuter la valeur comparative du mercure et de l'iode dans le traitement de l'iritis vénérien. Cette affection est donnée par tous les auteurs comme l'exemple le plus beau, le plus frappant, le plus décisif en faveur de l'heureuse influence du mercure, comme un fait qui se passe immédiatement sous l'œil de l'observateur, et qui est cité à l'appui des bons effets de ce métal dans plusieurs autres maladies qui s'accompagnent, comme l'iritis, d'épanchement de lymphe. Il est nécessaire de produire une action marquée sur les gencives et les glandes salivaires, en même temps que l'on emploie les antiphlogistiques plus ou moins énergiques selon les cas, et l'extrait mou de belladone; on ne doit pas se laisser arrêter par l'augmentation apparente de la maladie aux premiers effets du remède, comme je l'ai vu faire en quelques rares circonstances, mais persister fermement dans son usage, l'inflammation devant céder sûrement plus tard, et cela sans ptyalisme prononcé. Le mercure doit être continué à doses décroissantes, jusqu'à ce que l'augmentation de vascularité et la zone rouge aient disparu, que la couleur naturelle de l'iris soit revenue et la vision rétablie. Les praticiens sont si unanimement disposés en faveur du mercure, que je n'ai jamais vu aucun cas traité uniquement par l'iode. Le docteur Williams cependant nous informe que ni l'iodure de potassium ni la salsepareille n'ont la plus petite influence sur l'iritis, comme cela a lieu au contraire fréquemment sur les autres symptômes secondaires, et il rapporte un exemple de l'inefficacité complète de l'iodure de potassium dans la première de ces affections.

Orchite. — L'orchite syphilitique réclame un traitement semblable. Cullerier exalte l'iodure de potassium, qui, dans ses mains, a eu beaucoup de succès. Quand l'engorgement est indolent, la compression avec l'emplâtre mercuriel est un moyen très-avantageux.

ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.

Sur l'Éléphantiasis des Grecs, endémique dans certaines parties de la Norwége, par D. C. Danielssen, M. D.

La lèpre grecque, autrefois si commune parmi les Israélites, qui, dans le moyen âge, fut endémique dans toute l'Europe, et semble avoir surtout sévi dans la Grande Bretagne, domine maintenant en Norwége, probablement avec autant de gravité qu'elle en a jamais eue. Sur une population de 200,000 habitants, 1,200 sont actuellement lépreux.

La maladie existe principalement, le long de la côte occidentale de Norwége, comprise entre le 60e et le 70e degré de latitude, et parmi les classes pauvres de la nation; elle est héréditaire, mais n'attaque pas tous les membres d'une famille, quand il y en a un d'atteint; elle n'est pas contagieuse, mais sa gravité semble augmenter avec le nombre des générations qui en ont été affectées. Son invasion est déterminée par quelque circonstance extérieure. Aucun âge n'en est exempt; la forme qui présente le caractère tuberculeux se développe chez le fœtus, et a été vue sur le nouveau-né. Elle peut naître chez un individu sain, né de parents sains, et qui vit dans des conditions favorables à son développement. Ces conditions sont spécialement des vêtements malpropres, des habitations petites et mal aérées, l'exposition aux brouillards épais de la contrée, la mauvaise nourriture, et les autres accompagnements de la pauvreté.

L'éléphantiasis des Grecs, ou lèpre, se présente sous deux formes en Norwége : *Éléph. tuberculosa*; *El. anæsthetica*; mais les deux formes se rencontrent ensemble, et aussi compliquent d'autres maladies de la peau, telles que l'eczéma, le prurigo, le lichen, etc.

Sur le cadavre des individus qui succombent à la maladie (et sa tendance est invariable vers ce résultat), on trouve dans la substance du derme et du tissu cellulaire sous-jacent, des masses jaunâtres, dures, granulées, qui détruisent la texture de ces tissus. La même altération se rencontre dans un grand nombre d'autres organes, dans les parois des veines sous-cutanées, dans les membranes des yeux, dans le larynx, la trachée et les bronches, dans la plèvre, dans le foie, dans la rate, dans le canal intestinal, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, dans l'utérus. Ce qu'il y a d'assez étrange, c'est que la substance des poumons, en est généralement exempte. Dans quelques cas d'*El. anæsthetica*, la peau dans quelques points, était très-atrophiée; le tissu cellulaire sous-cutané, et les muscles entièrement détruits, et les tendons en quelques endroits, rétractés.

Les moyens thérapeutiques opposés jusqu'à présent à cette effrayante maladie n'ont eu que peu ou point d'influence. Elle est ordinairement et inévitablement fatale.

(Lond. *Med. Gaz.* 7 juin 1844.)

Il est à regretter que quelque médecin de Norwége ne profite pas de sa position, pour

décrire, avec beaucoup plus de détails et de soins qu'il n'en existe dans le petit aperçu qui précède, une maladie aussi grave, et cependant encore aussi imparfaitement connue, que l'Eléph. des Grecs.

En attendant qu'un travail aussi important s'acomplisse, nous nous efforcerons de réunir tous les matériaux qui pourront éclairer la question, et nous pensons qu'on ne verra pas sans intérêt les documents suivants recueillis sur un point géographique bien éloigné de la Norwége, mais qui a néanmoins de grandes analogies avec cette dernière contrée.

Sur la Lèpre tuberculeuse, par A.-S. Skene, du 52e d'infanterie, communiquée par Sir James Mac Gregor, directeur général du département de la médecine militaire.

L'auteur faisait partie d'une commission instituée pour étudier la maladie en question, dans le district de Tracadie et les districts environnants. Dans une affection qui présente tant de questions à étudier, il a cru devoir se renfermer, dit-il, dans l'étude des points suivants :

1° Prouver que les cas observés appartenaient réellement à la lèpre tuberculeuse ;

2° Discuter les points particuliers qui se rapportent à l'origine et à l'historique de la maladie.

A l'appui de l'exactitude du diagnostic, l'auteur rapporte les quatre observations suivantes, qu'on ne lira pas sans un grand intérêt, malgré l'absence d'un grand nombre de détails qui les rendraient beaucoup plus précieuses :

Obs. 1. Françoise Savoy, âgée de 46 ans, mariée, mère de six enfants.

Quand nous vîmes la malade, le 28 mars dernier, elle présentait l'état suivant :

Toute la surface de la peau paraissait enduite d'huile. Toute la face était parsemée de tubercules dont le volume variait entre celui d'un grain de poivre et celui d'un haricot; les plus volumineux se trouvaient à la partie inférieure du visage, où ils devenaient confluents et causaient une hypertrophie considérable des lèvres et des joues, qui étaient pendantes. Cette masse volumineuse est divisée, principalement sous le menton, par de nombreux sillons et en particulier par un dirigé transversalement, plus marqué que les autres, et produisant à un degré très-remarquable ce qu'on appelle le double menton. Le nez est considérablement augmenté de volume; ses ailes sont pendantes avec ulcération commençante de leur partie inférieure et épaississement considérable de la membrane muqueuse. Les cils et les sourcils sont entièrement tombés. L'intérieur de la bouche et la gorge sont infiltrés de tubercules de différents volumes, qui sont confluents sur le voile et la luette. La voix est rauque et nasale. L'haleine est insupportablement fétide. Plusieurs tubercules de volume variable s'observent aux extrémités supérieures et inférieures. Respiration courte et toux fréquente. La malade dort bien, mange de même, et ne souffre que peu ou point. La maladie parut pour la première fois il y a quatre ans et demi. Son mari a toujours cohabité avec la malade, et il se porte parfaitement bien; mais un de ses enfants, garçon de 8 ans, est affecté de la maladie.

Obs. 2. Tranquil Robicheaux, âgé de 15 ans. Le 29 mars 1844 il présente l'état suivant :

Tout le visage est très-enflé, et la surface de la peau est comme enduite d'une couche d'huile. Infiltration de tubercules très-volumineux au menton et à la partie inférieure des joues. Extrémité du nez pendante, effacée, occupée par un tubercule livide et luisant. Lèvres énormément hypertrophiées et remplies à leurs bords de tubercules livides, qui sont comme parsemés de petites cicatrices. Langue très-épaisse, faisant saillie au travers des lèvres, remplie de tubercules et parcourue par des sillons qui s'entrecroisent en différents sens. Palais et arrière-gorge épaissis et entièrement couverts de tubercules petits et confluents. Luette et tonsilles complétement tuberculeuses. En un mot, les tubercules s'étendent partout jusqu'à la partie inférieure du pharynx. Toux continuelle, haleine très-fétide, voix éteinte, et, quand par un effort extraordinaire elle vient à se produire, ne conservant plus rien d'humain. Sourcils et cils détruits. Ulcération croissante du mollet gauche et du coude-pied droit; ulcération commençante de la racine des ongles. Tumeur volumineuse, oblongue, dans chaque aine, présentant quelque apparence d'une hernie fémorale. Quatre larges ulcérations superficielles à bords indurés et épaissis sur la cuisse gauche. Tronc exempt de tubercules.

Sensibilité de toutes les parties malades très-affaiblie, sinon entièrement abolie; on peut les pincer aussi fort que possible, sans déterminer aucune marque de douleur.

Sommeil et appétit bons; organes digestifs en apparence sains. La maladie a commencé il y a six ans; son oncle est mort de la maladie il y a un mois, dans un état affreux.

Obs. 3. Pierre Savoy, âgé de 33 ans, marié; sa femme et ses quatre enfants ont l'apparence de santé.

Etat présenté par le malade le 3 avril 1844.

Extérieur d'apparence misérable, complexion chétive, peau bigarrée, luisante, comme si elle avait été enduite d'huile. Tubercules de volume varié répandus sur le front; tubercules plus petits à la partie supérieure de la joue droite.

Nez très-développé, particulièrement à l'aile gauche, qui est d'une couleur livide et

dont la surface est brillante. Un large tubercule partant de la cloison se dirige en haut dans la narine gauche; membrane muqueuse très-épaisse. Lèvre supérieure pleine de tubercules volumineux qui sont superficiels, et donnent à la bouche une forme irrégulière. Sourcils très-développés, saillants, dépourvus de poils; absence presque complète de cils. Conjonctives légèrement injectées. La peau des paupières et celle qui recouvre les os mallaires est jaunâtre, ou de couleur de tan ou de cuivre. Palais d'un jaune brunâtre, et en quelques points de couleur livide. Haleine extrêmement fétide; voix rauque et voilée, oreille tuberculeuse et pendante.

La poitrine et les bras sont couverts de taches livides. Des tubercules volumineux existent sur les faces externes et postérieures des avant-bras. Du côté droit, un ou deux de ces tubercules ont suppuré, et sont maintenant recouverts de croûtes brunes environnées de squammes blanches. Mains sèches et ridées; la peau des paumes est cornée et crevassée; ongles assez sains. Extrémités inférieures (jambes et cuisses) couvertes de taches livides, semblables à celles décrites sur les bras. Glandes inguinales des deux côtés, augmentées de volume. Etat des pieds semblables à celui des mains.

Le malade raconte qu'il y a sept ou huit ans il tomba malade, devint apathique, faible, assoupi; il éprouva une légère irritation sur la peau. Les symptômes continuaient depuis deux ou trois ans, lorsque des taches d'un jaune brunâtre ou de couleur de tan se montrèrent à la face, à la poitrine, et aux extrémités; dans l'espace de quelques mois, ces taches devinrent d'un rouge noirâtre ou de couleur livide. Environ un an plus tard, les tubercules firent leur apparition. Le premier d'entre eux se développa sur l'œil gauche, et ils s'étendirent graduellement comme il a été dit.

Obs. 4. Alexandre Stewart, âgé de 49 ans, célibataire, présentait l'état suivant le 3 avril 1844.

Constitution chétive et maladive; la surface de la peau semble enduite d'une couche d'huile.

Face bigarrée, infiltrée de tubercules aplatis, non superficiels; tous les tégumens sont épaissis, à surface raboteuse;

Sourcils flasques entièrement dépourvus de poils; cils presque entièrement tombés. Lèvres épaisses, couvertes à leur intérieur de petits tubercules à sommet blanc;

Toute la gorge et le palais sont couverts de tubercules confluents; des ulcérations superficielles s'étendent vers la partie inférieure du pharynx, aussi loin que la vue peut pénétrer; deux ou trois tubercules à la partie postérieure de la langue, qui est très-épaisse; haleine très-fétide; voix entièrement éteinte; respiration laborieuse; de temps en temps toux avec expectoration de mucus sanguinolent.

La barbe est si rare, que le malade peut rester trois semaines sans se raser, et sans en en éprouver néanmoins aucune incommodité. Toute la peau est couverte d'une éruption d'un brun rougeâtre, plus particulièrement à la partie postérieure de la poitrine et aux extrémités. (L'apparence huileuse est ici très-remarquable.)

La peau des mains est très rugueuse et crevassée. Plusieurs tubercules se sont détachés des mollets et des coudes-pieds; il y a en même temps une grande diminution de la force musculaire. Orteils volumineux d'une couleur livide et luisante; ongles furfuracés, et presque détruits. La sensibilité de la peau est diminuée, le pincement de la face et des extrémités ne cause que peu ou point de douleur, et, selon l'expression du malade, la chair semble morte.

Appétit bon; le malade passe les nuits sans repos, et il est très-affaibli. Il raconte qu'il y a environ huit ans, il se manifesta sur le corps une éruption que ses amis considérèrent comme une gale; cette éruption était bornée aux extrémités. Dans l'espace de quatre ou cinq mois, elle disparut en partie, et fut suivie d'une tuméfaction de tous les tégumens; quelques glandes du cou se tuméfièrent également, de nombreux tubercules se manifestèrent à la face et s'étendirent graduellement.

Après avoir indiqué sommairement les positions géographiques occupées par la lèpre tuberculeuse, l'auteur poursuit en ces termes:

La nouvelle localité occupée par cette maladie, forme une partie de la province du Nouveau-Brunswick. Elle est principalement confinée au côté oriental du pays situé entre la baie de Chaleur et l'embouchure de la rivière Miramichi, mais plus particulièrement dans les bassins des rivières de Néguac et de Tracadie.

Nous ne pouvons donner aucune conclusion *positive* touchant l'origine de la maladie dans cette contrée, mais, d'après les renseignements qui nous ont été fournis par les plus anciens colons, nous avons appris que le premier cas se manifesta vers l'année 1817, sur une femme nommée Ursule Landré, appartenant à une famille de neuf enfants.

Le père de cette famille est supposé être un Acadien, et s'être marié à une femme de Caracat, du nom de Marie Brédeau. Ursule Landré a été mariée à un homme de Tracadie, nommé Benoît, vers l'année 1798 ou 1799.

Ursule et son mari vinrent résider en Tracadie immédiatement après leur mariage et eurent cinq enfants, trois filles et deux garçons. Ursule est reconnue pour avoir joui d'une excellente santé jusqu'après la naissance de son dernier enfant, qui eut lieu en 1809. Elle fut

alors d'une santé délicate pendant six ou huit ans, et ce fut après ce temps que des taches ou plaques se développèrent à la surface, et s'étendirent à la partie supérieure du tronc et aux extrémités.

Après quelque temps, des masses isolées apparurent au visage, à la face interne des lèvres, et dans la gorge. Elle perdit les sourcils et les cils; sa voix devint rauque et virile; bientôt la malade présenta tous les symptômes caractéristiques de la maladie et mourut en 1829.

Joseph Benoît, son mari, présenta la même maladie trois ou quatre ans avant la mort de sa femme, et y succomba en 1831.

D'après ces cas, la maladie semblerait s'être étendue graduellement; et quoique, depuis dix ou onze ans, deux cas seulement aient existé (1), nous trouvons, indépendamment de sept morts qui ont eu lieu, treize cas confirmés dans le Tabisentac, un cas confirmé dans le Néguac, et un (Alexandre Sewart), à dix-huit milles au-dessus de la branche nord-ouest de la rivière Miramichi; en tout dix-neuf cas.

Après avoir établi ces faits, l'auteur fait les remarques suivantes sur la nature, la pathologie, les causes, le diagnostic, le pronostic, et le traitement de la maladie :

°Relativement à la nature, je suis porté à penser que les symptômes observés dans les cas précédents, ainsi que dans d'autres soumis à notre observation, sont produits par un principe morbide, *sui generis*, connu seulement par ses effets, qui très-probablement réside dans le sang, nourriture commune de tous les organes, où il est engendré par un virus qui, une fois absorbé, se reproduit lui-même, et par degrés transforme les éléments du sang en éléments de nouvelle composition, lesquels influent sur tout le système, et troublent l'innervation et les autres influences vitales : les symptômes dominants sont en effet une perversion de la nutrition, et la secrétion de produits nouveaux dans le tissu des organes. La détermination des modifications chimiques spéciales et des lésions anatomiques concomitantes doivent nécessairement être laissées à l'officier de santé qui sera désigné pour inspecter les districts infectés. Il est désirable aussi que des expériences soient instituées sur des animaux, afin de déterminer si le poison peut s'introduire dans le système à travers des surfaces dénudées, ou par l'absorption de l'estomac. Relativement à cette question, je puis avancer que pendant mon séjour à Tracadie, on me rapporta un cas dans lequel la maladie avait été produite par une matière sanieuse, laquelle était tombée du cercueil d'une personne morte de la maladie sur l'épaule d'un des porteurs.

2° L'auteur déclare n'avoir fait jusqu'à présent aucune observation d'anatomie pathologique.

3° En ce qui concerne les causes, l'auteur avoue qu'il n'y a aucun moyen de s'assurer comment Ursule Landré contracta la maladie, mais il ne doute pas qu'elle n'ait été communiquée, et par hérédité et par contagion simple, aux personnes qui en ont été affectées plus tard.

De cette considération, que beaucoup de personnes ont pu se trouver en contact avec les malades sans contracter la maladie, l'auteur conclut que certaines conditions, ou naturelles ou produites par des influences extérieures, sont nécessaires pour que la contagion puisse s'opérer.

Sans rien décider sur les causes intrinsèques, il rappelle que les auteurs ont considéré comme telles les affections morales, l'âge et le sexe.

Relativement aux premières, rien de particulier ne s'est présenté à son observation. Quant à l'âge, il a varié chez les malades, entre huit et quarante-neuf ans. La proportion des hommes et des femmes était de douze à sept.

Parmi les causes extrinsèques qu'on a citées, l'auteur rappelle l'indigence, la malpropreté, l'exposition aux températures extrêmes, la nourriture insuffisante et malsaine, enfin les miasmes engendrés par le sol. Mais ces observations ne lui permettent de rien affirmer sur l'efficacité de ces différentes circonstances.

4° Quant au diagnostic, l'auteur avance que la coloration de *tan* qu'on observe sur le palais et sur la gorge permet, en l'absence des tubercules, de caractériser la maladie.

5° Bien que les auteurs aient considéré le pronostic comme toujours fatal, M. Skene croit pouvoir espérer que le virus parviendra peut-être à être neutralisé lorsqu'il n'aura pas produit une désorganisation trop grande des organes. Du reste, cet espoir n'est encore fondé sur aucun fait positif.

6° Relativement au traitement, l'auteur ne voit pour le moment d'autre moyen d'empêcher le développement de la maladie, que la séquestration des malades dans un lazaret.

(London, *Méd. Gaz.* 14 juin 1844.)

Nous réservons les réflexions que nous inspire ce mémoire pour le moment où nous présenterons une histoire complète de l'éléphantiasis des Grecs.

(1) Les morts sont en dehors de cinquante individus, qui sont connus pour avoir contracté la maladie en Tracadie, et qui ont succombé ailleurs. Le docteur Key a vu ce cas, et il affirme très-positivement que les malades étaient affectés de lèpre tuberculeuse.

CORNE DÉVELOPPÉE SUR LA PEAU HUMAINE ET OBSERVATIONS SUR LA PATHOLOGIE DES ORGANES SÉBACÉS.

Plusieurs maladies des organes sébacés sont dues à une altération dans la qualité de leur sécrétion. Cette sécrétion est séparée du sang par le moyen des cellules que l'on trouve à la surface interne des glandes, et contient, entre autres substances, un fluide albumineux et des sels calcaires. Lorsque l'albumine est en proportion plus grande que cela ne doit être, les cellules conservent leur forme globuleuse et produisent, par leur accumulation, ces petites tumeurs qui ont été appelées *molluscum contagiosum*. Lorsque la matière calcaire est en excès et reste dans les cellules qui, alors, sont aplaties, l'accumulation de ces cellules constitue les *tumeurs sébacées calcaires*. Dans d'autres cas, les cellules sébacées, par suite de l'état de torpeur de la peau, s'accumulent en quantité considérable et donnent naissance à de petites tumeurs sébacées. Le caractère pathologique particulier qui distingue ces tumeurs est leur texture laminée et l'identité de structure de leur contenu avec l'épiderme. Lorsque ce contenu s'échappe par l'orifice du follicule et se dessèche, il forme une masse dure, laminée, semi-transparente, identique avec la corne. Une production de cette espèce fut enlevée par l'auteur, le docteur Érasme Wilson, à la cuisse d'une femme âgée. La corne avait mis plusieurs années à se développer et avait 2 pouces 3/4 de longueur sur 2 pouces dans la plus grande épaisseur; elle était laminée longitudinalement et, vers son sommet, se trouvait fendue en lames minces; étudiée dans sa structure, elle offrait des cellules épithéliques aplaties, très-condensées, présentant en certains points une disposition fibreuse, et mesurant en longueur 1/500 et en largeur 1/656 de pouce environ. L'analyse chimique démontra que ce produit consistait en albumine, mucus, phosphate de chaux, chlorure de soude et lactate de soude.

L'auteur a recueilli 99 cas de semblables productions, dont la plus grande partie s'est rencontrée chez des femmes. — De la part des anciens auteurs, les productions cornées qui se développaient chez l'homme étaient l'objet d'opinions singulières; ainsi Rhodius parle d'un moine bénédictin qui avait une paire de cornes et qui ruminait, prétendait-on; et Fabricius a vu un homme portant une corne sur le front et dont le fils ruminait, circonstance que l'on attribuait à la maladie de son père. Le cas le plus remarquable de production de cette nature que l'on connaisse est celui d'un portefaix mexicain dont la corne avait 14 pouces de circonférence et était divisée en trois branches. (London, *Méd. Gazette*, février 1844.)

MARCHE DE LA GONORRHÉE; PÉRITONITE CONSÉCUTIVE CHEZ LA FEMME.

Le docteur Mercier étudie d'abord la marche de la gonorrhée dans les deux sexes. Chez l'homme elle commence habituellement au méat urinaire, et de là s'étend plus ou moins loin. Si elle s'arrête avant d'avoir atteint les parties les plus profondes du canal, elle abandonne d'abord ces dernières parties, se limite à son premier siége, puis enfin disparaît. Si, au contraire, elle gagne l'orifice de la vessie, l'inflammation de cette région et des parties voisines de l'urètre est très-difficile à détruire, soit à cause de leurs fonctions, soit à cause de leur structure, soit, surtout, à cause de la présence de la prostate. L'inflammation peut souvent aussi disparaître dans la portion moyenne de l'urètre et persister à ses deux extrémités. La même observation peut être appliquée à la femme. S'il en est ainsi, il est aisé de concevoir que, de même que l'inflammation de l'urètre s'étend souvent chez l'homme jusqu'aux testicules et aux cordons spermatiques, de même l'inflammation de la muqueuse de l'utérus peut se transmettre par les trompes de Fallope jusqu'au péritoine. A l'appui de cette opinion, le docteur Mercier rapporte un cas de péritonite chez une malade atteinte de gonorrhée; l'autopsie permit de constater que les organes extérieurs de la génération étaient le siége d'une inflammation qui s'étendait jusqu'au haut du vagin, que là elle était moins prononcée, tandis que la membrane muqueuse de l'utérus et des trompes de Fallope étaient d'une couleur rouge foncé et couverte d'un mucus puriforme. Le péritoine, autour des ligaments larges, était très-enflammé et présentait de fausses membranes rougeâtres et molles, surtout aux environs du pavillon des trompes. Sur ses autres points il était à l'état normal. Dans ce cas, le docteur Mercier pense que l'inflammation s'est étendue des lèvres de la vulve jusqu'au péritoine.

(*The Lancet*, mai 1844.)

PARALYSIE DES ORGANES DES SENS APRÈS LA SCARLATINE.

Une jeune fille de 9 ans, d'une bonne constitution, fut prise, au moment où elle entrait en convalescence, d'une scarlatine peu intense et sans cause connue, de dureté de l'ouïe, puis peu à peu elle devint aveugle ou du moins elle ne parvint à voir que très-imparfaitement. Bientôt elle perdit la sensation du goût et enfin celle des odeurs; le sens du toucher et le mouvement seuls restèrent intacts. Cet état persista malgré tous les moyens mis en usage par les médecins les plus renommés. Médicaments

de toutes sortes, bains, sinapismes, vésicatoires, moxas, magnétisme, rien n'avait réussi, lorsque la malade fut mise à l'usage des préparations de fer et d'un peu de bon vin. L'effet de ce nouveau traitement fut tel qu'au bout de trois semaines elle se trouvait en état parfait de santé. (London, *Méd. Gazette*, mai 1844.)

ORCHITES GONORRHÉIQUES TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR L'HYOSCYAMUS (LA JUSQUIAME).

Les observations suivantes sont rapportées par le docteur Gay, médecin de Royal-Free-Hospital. Le nommé Walters, âgé de 21 ans, a eu la gonorrhée il y a 5 ou 6 semaines, et a conservé un léger écoulement muqueux; le testicule gauche est enflammé depuis 10 jours et l'épididyme présente une très-grande dureté. On lui fait prendre, à son entrée à l'hôpital, 15 grains de jalap et 5 grains de calomel, et ensuite, toutes les 5 heures, 15 gouttes de teinture de jusquiame; des applications d'eau froide sont faites sur le testicule, et on engage le malade à garder le repos au lit. Trois jours après, le testicule a beaucoup diminué de volume et est moins douloureux; on renouvelle la poudre et les gouttes, et le 10e jour il ne reste plus de traces de l'inflammation.

David Browne, âgé de 30 ans, a la gonorrhée depuis six semaines; il n'y a plus d'écoulement urétral depuis huit jours. Inflammation du testicule gauche après une longue course; aujourd'hui douleur très-vive de cet organe et s'étendant le long du cordon. Jalap 20 grains, calomel 5 grains, à prendre immédiatement. Ensuite teinture de jusquiame, 15 gouttes toutes les 5 heures. Au bout de 13 jours la douleur et le gonflement du testicule ont complétement disparu, mais le malade s'aperçoit qu'un léger écoulement muqueux de l'urètre a reparu, et on le combat à l'aide d'injections pratiquées trois fois par jour avec 2 grains de nitrate d'argent dissous dans 8 onces d'eau distillée.

Une orchite gonorrhéique avec symptômes syphilitiques secondaires fut traitée de la même manière chez un nommé Anning, âgé de 24 ans. Il avait depuis 6 mois un écoulement urétral qui n'avait cédé à aucun médicament. Depuis 2 mois le testicule droit s'était enflammé, et le gonflement avait diminué un peu, mais non pas entièrement, sous l'influence des applications de sangsues. En effet, le corps de l'organe était resté assez tuméfié, surtout dur à son extrémité inférieure, et le siége d'une douleur très-vive principalement vers le soir.

Cet homme portait en outre une tumeur inflammatoire sur le tibia droit, et avait subi, il y a un an, un traitement mercuriel porté jusqu'à la salivation, à l'occasion de chancres de la verge.

Il est soumis au même traitement que les deux malades précédents, c'est-à-dire purgé par le jalap et le calomel, et mis à l'usage de 15 gouttes de jusquiame toutes les 5 heures. Trois jours après il n'y a pas de mieux. La purgation n'ayant pas produit d'effet, on prescrit de la renouveler jusqu'à ce qu'on ait obtenu des selles et de donner ensuite les gouttes de jusquiame. Le 7e jour, douleur le long des reins; testicule encore sensible et d'une dureté uniforme; la portion supérieure devenue même plus résistante. Hydriodate de potasse 7 grains; 15 gouttes de teinture de jusquiame dans une once d'eau toutes les 5 heures.

Le 10e jour la douleur du testicule a beaucoup diminué, celle des reins a disparu. Même prescription.

Le 14e jour la douleur s'est complétement dissipée; mais la résistance du testicule subsiste; même prescription, et de plus : pillules bleues, 5 grains chaque soir.

Le 21e jour, testicule plus ramolli, entièrement indolore; l'écoulement continue. Injection de sulfate de zinc (un demi-drachme pour une pinte d'eau), mixture de copahu trois fois par jour. 35e jour, guérison complète.

En employant le traitement ci-dessus indiqué contre l'engorgement du testicule, il a été nécessaire de le varier suivant les complications, c'est-à-dire d'ajouter à la mixture sédative le remède le plus convenable pour éloigner le genre d'action inflammatoire qui se développait. Ainsi, dans les cas où cette action offre un caractère rhumatismal, on doit mettre en usage le colchique ou le gayac; dans ceux où elle se présente sous la forme névralgique, ce sont les préparations de fer.

Ces différentes observations, ajoute le rédacteur du journal, prouvent évidemment que la jusquiame est un adjuvant utile dans le traitement de l'orchite gonorrhéique, mais que ce médicament ne peut pas seul la guérir rapidement et efficacement. Ainsi, dans la première observation, on voit que le malade, après avoir pris 15 grains de jalap et 5 de calomel, fut soumis au repos absolu et à des applications d'eau froide sur le testicule. Nous avons observé plus d'un cas d'orchite guéri par des moyens moins énergiques que ceux-là, et sans user de médicament sédatif. D'un autre côté, on sait fort bien que dans les inflammations aiguës locales et douloureuses, toute espèce de médicament sédatif est souvent avantageux. Si la jusquiame était donnée comme remède contre l'orchite gonorrhéique, on ne pourrait l'employer seule, mais concurremment avec les purgatifs ou les applications locales. D'ailleurs une orchite légère guérit assez souvent par le seul moyen du repos et d'un régime convenable. (*The Lancet*, juin 1844.)

Typ. Lacrampe et Comp., rue Damiette, 2.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES DU PREMIER VOLUME.

A

Abcès de la jambe : symptôme secondaire de la syphilis, 307.
Acide acétique : son emploi contre la teigne, 352.
Acne *sebacea*. Traitement par les sudorifiques, etc. 303.
Affection syphilitique de la gorge, etc., treize ans après les symptômes primitifs, et sans accidents intermédiaires, 55—57.
— tuberculeuse du visage, 92.
— id., 93.
Alopécie. Considérations pratiques sur les diverses espèces d', 225—232.
Ambre : emploi contre l'eczéma, 245.
— contre l'impétigo, 272.
Anatomique : siége — des maladies de la peau ; des indications que la connaissance du siége peut fournir sur la nature de ces affections, et sur le traitement qui leur convient, 4—6 ; 33—37 ; 65—69.
Angine ulcéreuse. Symptômes secondaires de la syphilis, 57.
Aphonie après ulcération syphilitique de la langue ; cautérisation par le nitrate d'argent, 256.
Arsenic. Contre la cachexie syphilitique. V. *Cachexie*.
Astruc. Biblioy., 139, 170.
Atrophie des organes génitaux. Symptômes de syphilis secondaire. Transformation de l'habitude extérieure de l'individu, 180.

B

Bains alcalins. Employés contre l'eczéma, 245, 305.
Bibliographie de la Syphilis. V. *Syphilis*.
Blegny, N. de. Bibliog. 79.
Blennorrhagie Syphilitique, 44—51 ; 97—110.
— Antécédents des symptômes secondaires, 57—93.
— Guérison par le nitrate d'argent, 63.
— Suivie de végétations sur la conjonctive palpébrale, 11.
— Douleurs urétrales, suite de—. V. *Douleurs*.
— Obs. de— suivie de douleurs et d'abolition de la sensation agréable pendant le coït, 148.
— Apparition de la — après l'orchite, 351.
— Compliquée de chancres indurés, 368.
Boerhaave. Bibliog. 139.
Brulure. Cause occasionnelle de syphilis secondaire, 93.

C

Cachexie syphilitique, traitée par l'arsenic. Sicherer, 32.
Caldérini. V. *Pellagre*.
Calvitie. Suite de blennorrhagie, 148.
Cancer du pénis. V. *Végétation*.
Carie. Symptôme secondaire de la syphilis, 307.
Carrère. Bibliog., 358.
Cassola. V. *Statistique*.
Cautérisation par la pâte de chlorure de zinc, 92. V. *Lupus*.
— De la — dans la gonorrhée, 127.
— Insuccès de la — contre l'impétigo. V. *Impétigo*.
— de la — dans le traitement des maladies de la peau, 289—296 ; 353—358.
Chancre irrégulièrement traité, suivi de végétations de la face, 117.
— Trente-trois jours après le coït. Suivi de douleurs, de syphilide squammeuse, 212.
Chlorure de zinc. V. *Cautérisation*.
Compression. De la — dans le traitement de l'éléphantiasis des Arabes, 24—26.
— Contre les douleurs urétrales, suite de blennorrhagie, 135—139.
Corne sur la peau humaine, 383.
Craigie. V. *Farcin*.
Cugino. V. *Vaccine*.
Cyanhydrargyrate d'iodure de potassium, contre la syphilis secondaire, 368.

D

Danielssen. V. *Éléphantiasis des Grecs.*
Diagnostic. Du — et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques, par Mac Carthy, 251—255.
Douleurs urétrales. Suite de blennorrhagie. V. *Compression.*
— Suite de blennorrhagie, 148.
— de la langue; suite de chancre, 212.
Dupuytren. Pilules de —. V. *Affection syphilitique de la gorge.*

E

Ecthyma. Quelques considérations sur l'—, 257—265.
Eczema constitutionnel du cuir chevelu, 245.
— accidentel; provoqué par des lotions iodurées, 247.
— chronique des lèvres, reparaissant à l'état aigu, 305.
Éléphantiasis des Arabes. Obs. Guérison par compression. 24
Éléphantiasis des Grecs en Norwège, par Danielssen, 379.
— ou lèpre tuberculeuse, par Skene, 380.
Empiriques. Bibliog., 265.
Engorgements syphilitiques des testicules, 193—208; 296—303; 321—340.
Exorbitisme syphilitique, guéri par les pilules de Sédillot, 32.

F

Fabre. Bibliog., 265.
Fallope. Bibliog., 14.
Farcin. Cas de — aigu chez l'homme, par Craigie, 60—61.
Fernel. Bibliog., 14.
Fowler. Solution de —. Emploi contre la lèpre vulgaire, 187.

G

Gaïac. Décoction de —. Formule, 32.
Gale. Hydrophobie supposée par rétrocession de la —, 222.
— Traitement de la — en Prusse et à St.-Louis. Formules de lotions, 223—224.
Gonorrhée. Marche de la —, 381.

H

Hectique fièvre : symptôme secondaire de syphilis, 307.
Hélot. V. *Syphilis.*
Hemiplégie consécutive à la syphilis, 217.
Hérédité. Fait de syphilis héréditaire, par Tuhrmann, 64.
— dans la scarlatine, la variole, la syphilis, etc., par Lee, 317.
Herpès. De l'—. Tonsurant et du porrigo decalvans, 37—44.
— du cheval. Diagnostic avec la morve, 214.
— phlycténoïde en imposant pour une pustule maligne, 241
— circinné à la suite d'une émotion morale vive, 244.
— id. après des veilles prolongées, 306.
— Iris, 244.
Hocken. V. *Mercure et iode.*
Hunter. Bibliog., 358.
Hydriodate, ioduré de potasse. Son efficacité contre les affections syphilitiques, par Gravina, 96.
Hypersethésie de la peau. 248.

I

Impétigo de la face, survenant pendant l'allaitement : guéri par les amers, 272.
— Suite d'une émotion morale vive, 367.
Injection des lymphatiques de la peau, par Sappey, 157.
Inoculation du virus syphilitique, 121.
— de la rougeole, 192.
— des pustules produites par le tartre stibié, 221.
— du virus vaccin dans le traitement des tumeurs érectiles, 256.
Iode; son efficacité contre le prurigo, 220.
— de sa valeur comparative dans le traitement de la syphilis, par Hocken, 344—351; 371—379.
Iodure de potassium, 55—57; 57—60; 219.
— Formule, 64.
— de mercure, 57—60.
Ipecacuanha. Friction d'—, produisant une éruption, 320.
Iritis syphilitique, 275, 315.

J

Jusquiame. Employée contre l'orchite. Succès, 384.

L

Laryngite. Obs., 57.
Lee. V. *Hérédité.*
Lèpre, en Italie, 218.
Lèpre vulgaire traitée par la décoction de Zittmann, 52.
— De la —, 97, 129, 161.
— guérie par la solution de Fowler, 187.
Lieutaud. Bibliog., 265.
Lupus Syphilitique guéri par l'iodure de potassium à l'intérieur, 53
— qui détruit en surface, 92.
Lymphatiques de la peau. V. *Injection.*

M

Mac Carthy. V. *Diagnostic.*
Mercure. De la valeur comparative des préparations de — et d'iode dans le traitement de la syphilis par Hocken, 344—351; 371—379.
Mercuriel Tremblement — guéri par les opiacés 255.
— Maladie mercurielle. 219.
Métastases syphilitiques, 312.
Miliaire fièvre. Conditions pathologiques et nature contagieuse, 62.
— de la suette, 343.
Morve. Diagnostic avec l'herpès phlycténoïde, 214.
— chez l'homme, 215.
Musitano. Bibliog., 79

N

Nécrose du pied : Symptôme secondaire de la syphilis, 307.
Nitrate d'argent. Usage interne du — contre la blennorrhagie opiniâtre, par Spadafora, 63.
— Contre les ulcérations syphilitiques de la langue, 256.
Noevi. Traitement des — chez les enfants, 221.

O

Orchite. V. *Engorgements.*
— à droite, précédant l'apparition de la blennorrhagie, 351.
— traitée avec succès par la jusquiame, 384.
Opiacés. V. *Tremblement.*

P

Paracelse. Bibliog., 14.
Paralysie des organes des sens après la scarlatine, 383.
Pathologie comparée. Diagnostic de l'herpès et de la morve, 214.
Peau. Traité théorique et pratique du diagnostic, de la pathologie et du traitement des maladies de la peau, par Wilson, 153.
— De la cautérisation dans le traitement des maladies de la peau. V. *Cautérisation.*
— Usage du sulfate de fer dans le traitement des maladies de la peau, 320.
Pellagre, mémoire de M. Roussel, 30.
— Rapport du Dr Calderini de Milan, 340.
Pemphigus chronique général. Forme du pemphigus foliacé, 208.
Poils sur la langue, 281.
Pommade contre les rhagades, 352.
Porrigo décalvans. Du — et de l'herpès tonsurant, 37—44.
Prostatite blennorrhagique produisant une rétention d'urine, 151.
Protoiodure de mercure. Formule, 32.
— contre les syphilides tuberculeuses, 93.
Prurigo traité par l'iode, 220.
Psoriasis traité par la décoction de Zittmann, 52.
— Du psoriasis, 97, 129, 161.
Purpura hemorrhogica. Opinion du Dr Sachero sur le —, 122.
Pustule maligne. Erreur de diagnostic avec l'herpès phlycténoïde, 241.

R

Répercussion de la teigne, 219.
— de la gale, 212.
Rétention d'urine. V. *Prostatite.*
Rosen. Biblio., 358.
Rougeole. Inoculation de la —, 192.
Roussel. V. *Pellagre.*

S

Sachero V. *Purpura.*
Sanchez. Bibliog , 170.
Sangsues Morsure de — déterminant accidentellement un ulcère phagédénique, 57.
Sappey. V. *Injection.*
Scarlatine. Hérédité de la —, 317.
— Paralysie des organes des sens après la —, 383.
Secondaire. Syphilis. Affection de la gorge et des fosses nasales ; — syphilides tuberculeuses ; — testicule vénérien ; — angine ; — laryngite ; — syphilide serpigineuse ; — gangrène spontanée ; — végétations ; — douleurs ; — abolition de la sensation de plaisir ; — atrophie des organes génitaux ; — douleurs de la langue ; — syphilide squammeuse ; — hémiplégie ; — abcès de la jambe ; — carie et nécrose ; — fièvre hectique ; — syphilide ulcéreuse. V. *tous ces mots.*
Sédillot. Pilules de —. V. *Exorbitisme.*
Siège. V. *Anatomique.*
Skene. V. *Éléphantiasis des Grecs.*
Spadafora. V. *Nitrate d'argent.*
Squammes. V. *Psoriasis* et *Lèpre vulgaire.*
Statistique des maladies syphilitiques, par Cassola, 285.
Sublimé. Lotions de — dans le traitement des végétations syphilitiques, 95.
Suette. V. *Miliaire.*
Sulfate de fer De son usage dans le traitement des maladies de la peau, 320.
Syphilide serpigineuse. Obs., 27.
— tuberculeuse, après blennorrhagie, pour symptômes primitifs, 57.
— ulcéreuse, 368.
Syphilis. Bibliographie. XVIe siècle, 14—24 ; XVIIe siècle, 79—92 ; XVIIIe siècle, 139—147 ; 170—180 ; 232—241 ; 256—272 ; 358—366.
— héréditaire, 64.
— Théorie de la —, par Hélot, 280.
— Hérédité de la —, 317.
— larvée, 358.
Syphilitique. V. *Blennorrhagie, Lupus, Affection de la gorge, Diagnostic, Iritis, Statistique. Métastase.*
Syphilographie. De l'observation et de l'interprétation des faits en —, 6—14.

T

Taddei de gravina. V. *Hydriodate.*
Tartre stibié. V. *Inoculation.*
Teigne. Rétropulsion de la —, 220.
— Traitement par l'acide acétique, 352.
Testicule vénérien. Obs. de —, 57.
— V. *Engorgements.*
Tremblement. V. *Mercuriel.*
Tubercules. Affections tuberculeuses, 92, 93.
Tumeurs érectiles, traitées par l'inoculation du virus vaccin, 256.

U

Ucay. Bibliog., 79.

V

Vaccine. Réponse aux questions de l'Académie des Sciences, par Cugino, 188.
— Contre indication de la —, 112.
— Revaccination, 112.

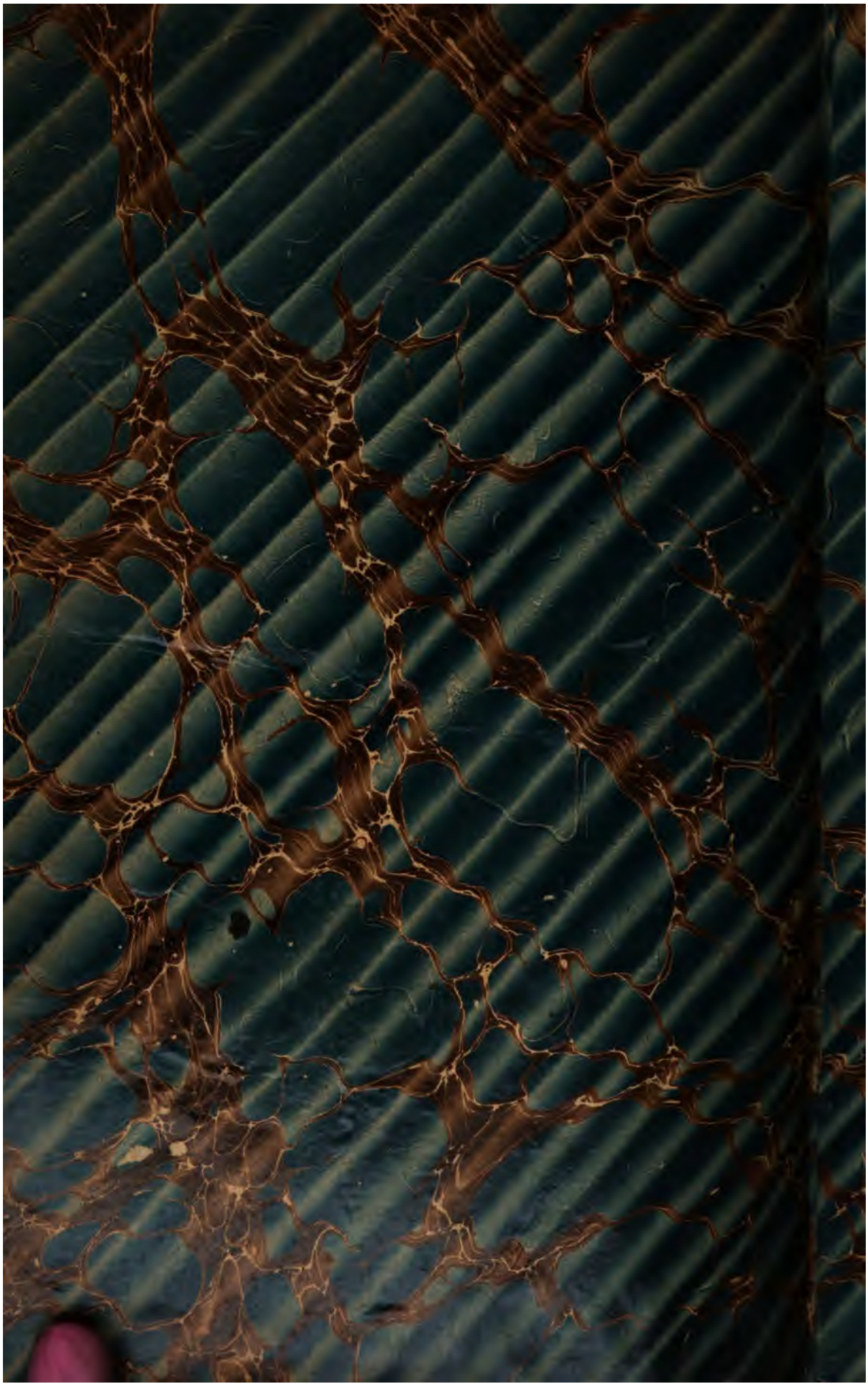
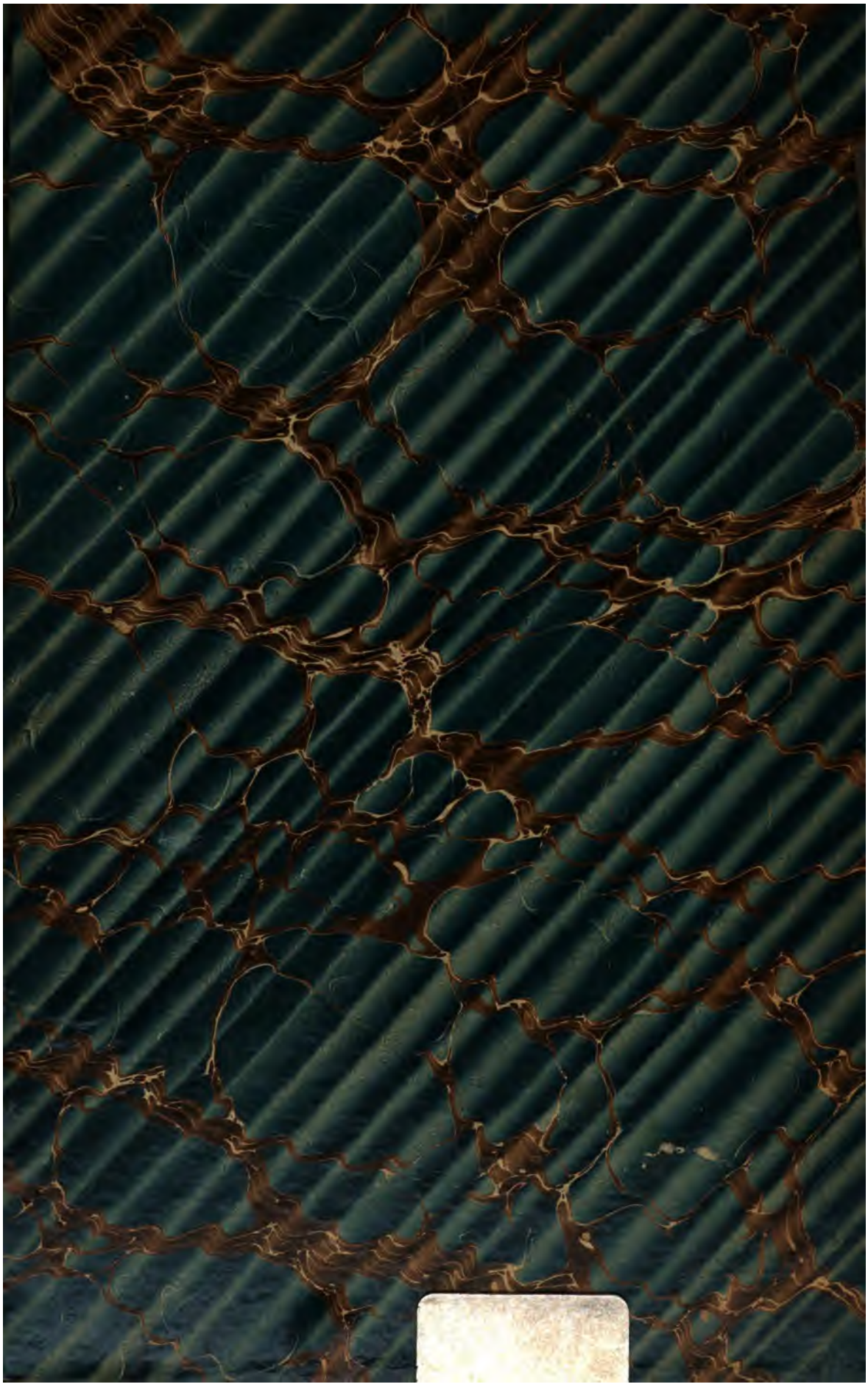
VAN-SWIETEN. Bibliog., 232.
VARANDAL. Bibliog., 79.
VARIOLE. Hérédité de la —, 317.
VARIOLIQUE. Fièvre variolique sans éruption—, 319.
VÉGÉTATIONS. Considérations pratiques sur les — anciennes du pénis et sur le cancer de cet organe, 69.
— traitées par les lotions de sublimé, 95.
— sur la conjonctive palpébrale, suite de blennorrhagie, 113.
sur la face, suite de chancre, 117.
VIGAROUS. Bibliog., 358.
VIRUS. V. *Inoculation*.

W

WILSON. V. *Peau*.

Z

ZITTMANN. De la décoction de — dans le traitement des maladies squammeuses, 51, 118.
— Formules, 64.

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DU PREMIER VOLUME.

41C
940